

Date Due

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
DR. J. FICK IN WIEN, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PROF. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

NEUNUNDVIERZIGSTER BAND.

1909.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 4 TAFELN UND 39 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG.
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1909



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Seite

Ernest Besnier, von Ch. Audry 1
Ein Fall von Acanthosis nigricans, von B. Béron 2
Ein Fall von Impetigo herpetiformis, von G. A. Gavazzeni 8
Hilfsinstrumente zur Elektrolyse, von Kromayer 53
Das Eleïdin in seinem Verhältnis zur basalen Hornschicht, von Gavazzeni 56
Zur Chemie der Haut, IV, von P. G. Unna und L. Golodetz 95
Zur Endotheliomfrage. Bemerkungen zu der Arbeit von Johannes Fick: „Über die Endotheliome der Autoren", von Fritz Juliusberg 107
Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen des Herrn Dr. F. Juliusberg, von Johannes Fick 111
Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa, von Menahem Hodara 141. 196
Die Anordnung der Bestandteile der Hornzelle, von P. Judin 147
Das Relief von Rausch im Lichte der neuen Hornforschungen betrachtet, von Georg von Bergmann 151
Zur Epithelfaserfärbung nach der neuen Methode Unnas (Wasserblau + Orcein + Eisessig + Eosin—Safranin-Methode), von Moriz Biach 191
Zur Pagetschen Krankheit, von Jacob Rosenberg 235
Erythema induratum Bazin-Fox, von G. A. Gavazzeni 248. 294
Aërotuba (Luftdrucksalbentube), von Dreuw 261
Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung? von Sand 285
Fragen zur Ätiologie der Lepra, von Georg Sticker 287
Zum heutigen Stand der Leprafrage in Ägypten, von Engel 289
Zur Behandlung der Lepra mit Antileprol, von Engel 290
Nachtrag. Tafelerklärung zu meiner in Heft 5 erschienenen Arbeit: Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa, von Menahem Hodara 307
Ein Beitrag zur Frage der praktischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Arth. Jordan 339
Beitrag zur Pathogenese der Angiokeratome, von S. C. Beck 349
Ein Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Keloide, von Franz Krzysztalowicz 381
Neue Fortschritte in der Anwendung der Kromayerschen Quarzlampe: Quarzansätze, Blauscheiben, von Dyck 398
Über ein percutan hervorragend resorbierbares Jodpräparat, das „Jothion", von Braitmaier 401
Die Behandlung des Lupus erythematosus, von Malcolm Morris 425
Über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter, von S. C. Beck 432
Puder-Aërotuba, von Dreuw 442
Theorie und Praxis der Leprabehandlung mit Nastin, von G. Deycke 475

Seite

Ausscheidungsweise und Verträglichkeit des Sandelöls und seiner Derivate (besonders des Santyls), von H. Vieth und O. Ehrmann 485
Zur Kenntnis der multiplen cystischen Lymphangiome der Haut, von Adolf Pinczower 521
Über Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz. Ein Beitrag zur Frage der Schälwirkung, von Dreuw 531

Versammlungen.

Verhandlungen der Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 23. 356
Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalber. von Felix Pinkus 60. 159. 543
Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg. Originalbericht von Leo Ehrlich 61. 204. 266
Sechster internationaler Dermatologenkongreſs 112
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von Dr. J. Pollitzer 162. 443
Gesellschaft der Charitéärzte 204
Die zweite Internationale Leprakonferenz (16.—19. August 1909, Bergen, Norwegen). Originalbericht von Fr. E. Hopf 307
Vom XVI. Internationalen medizinischen Kongreſs in Budapest (28. August bis 4. September 1909). Originalbericht von F. Lewandowsky 353
Verhandlungen der Royal Society of Medicine 404
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.......... 407
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arthur Jordan 491

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift........................ 24. 63. 169. 267. 408. 492. 543
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases 25. 65. 269. 502
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 26. 363. 495
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 26. 68. 174. 363. 462
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten....... 64. 175. 272. 409. 499
Zeitschrift für Urologie 64. 358. 500
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 66. 171. 220. 456
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques 67. 222
Archiv für Dermatologie und Syphilis 117. 206. 452. 546
Dermatologisches Centralblatt 119. 170. 269. 453
Annales des Maladies vénériennes 119. 178. 273. 461. 548
Folia urologica.. 119. 174. 271. 462. 543
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie 120. 270
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie 121. 409
Lepra 170
The British Journal of Dermatology 170. 336. 454. 493
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 172. 498
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 175. 409
Annales des maladies des organes génito-urinaires 175. 272. 360. 457. 549
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 211. 337. 456. 494
Sexual-Probleme (der Zeitschrift Mutterschutz neue Folge) 222
Actas dermo-sifiligráficas 463
Verhandlungen der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie..... 495

Bücherbesprechungen.

Seite
Die Hauterscheinungen der Pellagra, von Ludwig Merk 179
Männlicher Geschlechtsapparat, von M. Simmonds 223
Praxis der Harnanalyse, von Lassar-Cohn 223
Reinfectio syphilitica, von Felix John 223
Das Insekt und die Infektion. Naturgeschichte und medizinisches Verhalten der pathogenen Arthropoden, von Raphael Blanchard 224
Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste, von Otto Aichel 225
Syphilis, von Felix Malinowski 225
Die Schönheitspflege, von Orlowsky 274
Hauttuberkulose (Lupus vulgaris usw.) einschließlich Tuberkulide und Lupus erythematodes, von S. Jessner 274
Thérapeutique clinique de la syphilis, von E. Emery und A. Chatin 275
Pathologisch-anatomische Diagnostik, nebst Anleitung zur Ausführung von Obduktionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen, von Johannes Orth 364
Repetitorium der Chemie, von Carl Arnold 365
Ikonographia Dermatologica 466
Pseudoleukaemia cutis, von Ed. Arning und H. Hensel 466
Casus pro diagnosi, von R. Cranston Low 466
Dermatitis gangraenosa infantum, von Norman Walker und R. Cranston Low 466
Dermatitis lichenoides chronica atrophicans (Lichen albus v. Zumbusch), von Jacob Csillag 467
Über einen mehrere Jahre hindurch beobachteten Fall von Lichen sclerosus, von Erich Hoffmann 467
Urticaria chronica papulosa, von Viktor Mucha 467
Exanthema vegetans ex usu Bromi (ausgedehntes vegetierendes Bromexanthem), von J. Schäffer 467
Exanthema menstruale „angioneuroticum" (ausgedehntes „angioneurotisches" Menstrualexanthem), von Karl Zieler 467
Die plastische Massage bei verschiedenen Dermatosen des Gesichts, von Raoul Leroy 468
Der Arzt. Ein Leitfaden der sozialen Medizin, von M. Fürst 468
II. Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz in Bergen, von H. P. Lie .. 502
Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates, von A. Kollmann und S. Jacoby 502
Grundzüge der allgemeinen Pathologie, von Julius Steinhaus 503
Medizinal-Kalender für das Jahr 1910, von Wehmer 550

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die cerebrale Beeinflussung der Schweißsekretion, von Ferdinand Winkler . 88
Der Ursprung und die Bedeutung der Farbstoffe des Menschen, von Diesing .. 88
Über Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut, von E. Meirowsky 88
Experimentelle und histologische Untersuchungen über Hautgewöhnung, von Robert Stein 209
Zur Frage der Hautpigmente, von F. B. Solger 269
Über Verhornung, von P. G. Unna 355
Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter, von Beck 355
Über Vorkommen von Mundschleimhautpigmentierung, von W. Mollow 412

Mikroskopie.

Seite

Beiträge zur klinischen Mikroskopie und Mikrophotographie, von C. Posner und W. Scheffer 88
Untersuchungen über die Genitalsekrete des Mannes, von C. Posner 88
Die Technik der Untersuchung auf Spirochaeta pallida bei Dunkelfeldbeleuchtung, von Williard J. Stone 89
Eine Verbesserung der Färbungsmethode der Spirochaetae pallidae in Geweben, von Yamamoto 89
Über den Nachweis nach Ziehl nicht färbbarer Leprabazillen durch Anwendung der prolongierten Gramfärbung nach Much, von Ed. Arning und J. Lewandowsky 412
Über die Untersuchung der Spirochaeta pallida mit dem Tuschverfahren, von Viktor Hecht und M. Wilenko 412
Eine einfache Methode des Nachweises der Spirochaeta pallida im Ausstrich, von Chitrowo 413
Zur Technik der Versilberung von Spirochaeta pallida (Schaudinn-Hoffmann), von Johannes Barannikoff 413
Die Methode, die Spirochaeta pallida durch die Dunkelfeldbeleuchtung zu demonstrieren, von J. E. R. McDonath 454
Färbepräparate von Tuberkelbazillen 501

Bakteriologie.

Das Mikrosporon Audouini und dessen Übertragbarkeit auf Tiere, von Minne .. 23
Über die sogenannten Körperchen des Trichophyton und über den Trichophyton als Ursache von Favuskörperchen, von R. Sabouraud 66
Einige morphologische Eigenschaften der Spirochaeta pallida, von G. Ciuffo ... 89
Biologie des Sporotrichum Schenkii-Beurmanni, von Nicolás v. Greco 89
Die Spirochaeta pallida, ihre leichte Demonstrierbarkeit und ein kurzer Überblick über ihre Geschichte, von Udo J. Wile 219
Über den Stand der Syphilisspirochäte in der Reihe der anderen Mikroorganismen, von Sabolotny 266
Kulturversuche der Spirochaeta pallida, von Georg Arnheim 269
Reinkultur von Spirochäten, von Hoffmann 353
Zur Morphologie der Spirochaeta pallida: ring- und sternartige Formen derselben, von Selenew 364
Kulturen von Bodins Achorion Quinckeanum von einem Fall von Mäusefavus auf der unbehaarten Menschenhaut, von H. G. Adamson 404
Zwei Kulturen von Trichophyton microsporon von Trichophytie bei Mutter und Kind, von J. M. H. Macleod 405
Photogramm einer mit Favus behafteten Maus, von H. G. Adamson 405
Züchtung der Spirochaeta pallida (Schaudinn), von J. Schereschewsky 413
Die Kultur der Spirochaeta pallida, von Levaditi und McIntosh 413
Reinzüchtung einer Spirochäte (Spirochaeta pallida?) aus einer syphilitischen Drüse, von Mühlens 414
Weitere Mitteilung über die Züchtung der Spirochaeta pallida, von J. Schereschewsky 414
Die Oosporosen, von H. Roger 414
Ein weiterer Beitrag zum Studium der Endothrix trichophyton-Flora in London, illustriert durch eine Sammlung von Reinkulturen und Photographien, von T. Colcott Fox 454
Beiträge zur Lebensdauer der Spirochaeta pallida, von Hertmanni 492
Beitrag zur Mikrobiologie der gangränösen Balanoposthitis, von Queyrat und Laroche 497

Hygiene.

Doppelte Vasektomie bei Verbrechern und geistig Minderwertigen, von Henry Bogart 26
Heim für erblich kranke Kinder, von Rosenthal 60
Der Erlaſs der beiden preuſsischen Ministerien zur Reform der Prostitutionsüberwachung, von Zinsser 64

Seite
Die Prostitutionsfrage in New York, von Frederic Bierhoff........175. 272. 500
Vorschläge zur Umgestaltung der Krankenhaushaft von Prostituierten, von W. Hammer........ 175
Zum Thema der sexuellen Abstinenz, von H. E. Schmidt........ 222
Das Sexualleben der Alkoholisten, von Karl Birnbaum........ 222
Noch einige Bemerkungen zur sexuellen Abstinenz, von P. Näcke........ 222
Das neue österreichische Gesetz betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und dessen Berücksichtigung der Geschlechtskrankheiten, von Oscar Scheuer........ 272
Die nicht gewerbsmäßige Prostitution, ihre Ursachen, Formen, Gefahren und deren Bekämpfung, von Felix Block........ 409
Die Prostitutionsverhältnisse in Essen (Ruhr), von Rau........ 409
Eingabe der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an Reichstag und Bundesrat........ 409
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der Seeleute........ 409
Verhütung der venerischen Krankheiten. Der aseptische Coitus, von Bonnette 415
Die sexuelle Aufklärung der Kinder, von Josef K. Friedjung........ 415
Über den Schutz der Wunde (bei Verletzungen und Operationen) vor den Infektionskeimen der benachbarten Haut, von König........ 415
Prostitutionsverhältnisse und Geschlechtskrankheiten in Norwegen. Kontrolle contra Abolitionismus, von E. H. Hansteen........ 499

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über Hefekrankheiten der Haut, von Petersen........ 62
Über den histologischen Befund der Gewebe nach Einspritzung von Oleum cinereum, von Pellier........ 66
Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation, von S. Bogrow... 68
Studien über den Stoffwechsel bei gewissen Hautkrankheiten........ 89
Die symbiotische Wirkung der Epithelzellen der Haut auf die Epithelzellen der Nieren mit klinischer Studie, von Hermann R. Le Roy........ 90
Über Jodophilie der Leukocyten bei dermatologischen Affektionen, von G. Stümpke........ 90
Einige Affektionen der Mund- und Nasenhöhle, welche in Beziehung zu Hautkrankheiten stehen, von John A. Fordyce........ 90
Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieser Affektionen, von Julius Ritter........ 92
Schwere Septikämien im Laufe von Hautkrankheiten bei Kindern, von V. Hutinel und Lucien Rivet........ 92
Weiße Lichenifikation des Nackens, von Nicolás v. Greco........ 92
Klinische Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen Scabies, Phthiriasis des Körpers und Prurigo aus inneren Ursachen, von I. Saidac........ 93
Untersuchungen über hämolytische, eigenhemmende und komplementäre Eigenschaften des menschlichen Serums, von Hugo Hecht........ 93
Beitrag zum Studium der Hämolysine und der Agglutinine der Staphylokokken in der Dermatologie, von M. Mantegazza........ 93
Die Anwendung der Stauungshyperämie bei einigen venerischen und Hautkrankheiten, von Mantegazza........ 94
Die Bedeutung der Marine für das Studium von Tropenkrankheiten, von P. M. Rixey........ 112
Die Dermatosen der Tropen, von H. R. Crocker........ 112
Bericht über tropische Hautkrankheiten, von W. Dubreuilh........ 112
Untersuchungen über den Stoffwechsel bei einigen Hautkrankheiten, von J. C. Johnston und H. J. Schwartz........ 116
Über eine seltene Lippenaffektion, von Leopold Löw........ 118
Pigmentierung unter Kollodiumverband nach Säbelhieben, von Juliusberg.... 159
Wie wirken Arsen und Schwefel auf die Haut? von Ernst Diesing........ 170
Zwei Jahre in der dermato-syphilitischen Klinik von Pavia (Dir. Mantegazza), von Ciuffo........ 173
Vorlesungen, von Albarran........175. 457
Zur elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen, von F. Schultz........ 204
Noch einige Worte über die Elimination des Quecksilbers nach der Injektion schwerlöslicher Quecksilberpräparate, von Edvard Welander........ 206

Seite

Beitrag zu anatomisch-pathologischen Veränderungen in gesunder Haut bei Lenigallol- und Eugallolwirkung, von W. Kopytowski 206
Über exsudative Mastzellen, von E. Klausner und E. Kreibich 207
Experimentelle Studien über Keratohyalin, Eleidin und Parakeratose, von Enzo Bizzozero 210
Über die klinischen Erscheinungen der cutanen Genesung. Klinische Genesung und histologische Genesung, Dermatitides silentes, von Carlo Vignolo-Lutati 210. 211
Mitteilung von Fällen: chronisches persistierendes Ödem des Gesichts; Elephantiasis; Elephantiasis nach Wassersucht; Folgen zu starker Röntgenbestrahlung bei Behandlung der Akne; Mykosis fungoides, von Burnside Foster 213
Cheilitis glandularis apostematosa, von S. Sutton 215
Über einige nach Bauchoperationen vorkommende Eruptionen, von Francis J. Stepherd 219
Über „Adénopathies non chirurgicales", von L. Batut 222
Die Krankheit „Uta" und die pathologischen Deformitäten an den Töpferwaren des alten Peru, von Albert S. Ashmead 269
Urologische und dermatologische Erfahrungssätze, von Noah E. Armstrong .. 269
Die verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut. — Die Kosmetika. Die Massagen, von Brocq 415
Über lokale Hautreize und Hautreaktionen, von Külbs 416
Der anatomisch-klinische Begriff der Arteriosklerose in seinen Beziehungen zu gewissen Hautveränderungen, von Karl Ullmann 416
Hautkrankheiten der Neugeborenen auf Basis der Abschilferung, von S. C. Beck 417
Zu den Beziehungen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten, von E. Nobl 417
Der Zusammenhang zwischen dem Wachstum der Schädelknochen und der Kopfhaut, von M. Schein 417
Reaktion der Kephalorhachidialflüssigkeit im Verlaufe einiger Dermatosen bei jungen Kindern, von Ferrand 417
Die Dermatitiden der Säuglinge (infantile Erytheme), von Marcel Ferrand ... 418
Beitrag zum Studium des Phagedänismus, von L. Brocq und Cl. Simon 418
Akute Lymphadenitis der vorderen Achsel- und Brustdrüsen infolge Hautinfektion der unteren Brust- und oberen Bauchgegend, von Walter M. Brickner .. 419
Die therapeutische Entgiftung des Blutes. Ihre Verwendung in der Behandlung mehrerer Krankheiten, besonders der Anämien, von Robert Tissot 419
Studien über Immunität und Überempfindlichkeit bei Hyphomycetenerkrankungen, von Bloch und Massini 419
Die Hauttuberkulinreaktion bei Hautkrankheiten, von R. Cranston Low 419
Zur opsonischen Methodik nebst Untersuchungen über ihre klinische Verwertbarkeit bei Staphylokokkenerkrankungen, von A. Böhme 420
Die Wirkung des Radiums auf die Gewebe, von G. Guyot 420
Die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Scharlach und Malaria, von Tschiknawerow 421
Moulagen, von Nobl 443
Eigenartiges Anschwellen der Mammillen, von Lipschütz 450
Über experimentell erzeugtes Pigment bei Vitiligo, von Robert Stein 452
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf das Hautgewebe, von G. Guyot 453
Über die jodophile Substanz dei dermatologischen Affektionen, von G. Stümpke 453
Die Jodtherapie in ihren Beziehungen zur quantitativen Jodausscheidung, von Richard Fischel 453
Cerebrospinale Meningitis. Meningomyelitis incipiens und Meningitis der Basis. Akustische und optische Störungen. Außergewöhnlicher cutaner Akustikusreflex, von J. de Azua 464
Die Zunahme einiger ansteckender Krankheiten im Gefolge der großen Feuersbrunst zu San Francisco, von Douglas W. Montgomery und Howard Morrow 494

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die plastische Massage der Gesichtsdermatosen nach L. Jacquet und R. Leroy, von L. Bizard 26
Augenblicklicher Stand der Lichtbehandlung (hauptsächlich der Röntgentherapie) im westlichen Europa, von Bremener 27

Seite

Wrights Vaccinetherapie, Mitteilung von Fällen, von L. W. Ladd und H. C. Russ 94
Die Impfung von Bakterienvaccine als praktische Behandlungsmethode bakterieller Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung von Gonokokkeninfektionen, von Eugene R. Withmore 94
Eine Demonstration über die Verwendung von flüssiger Luft bei Hautleiden, von C. T. Dade 114
Beitrag zur Verwendung des galvanischen Stromes in der alltäglichen Praxis (Elektrolyse des Furunkels, Galvanisation der Epididymitis), von Ferdinand Becker 122
Die plastische Massage bei den Erkrankungen der Gesichtshaut, von Raoul Leroy 122
Über ein neues Verfahren zur Erzeugung von Hautreizen, von E. Plate....... 122
Über direkte Sonnenlichtkuren bei tuberkulösen Affektionen in den Höhenkurorten, von Hallopeau 123
Indikationen für Kromayers medizinische Quarzlampe, von Wilhelm Lüth.... 123
Erfahrungen mit wasserlöslichen „Alcuentasalben, von Robert Kamprath.... 123
Über Alsolcrême, von Schüle 123
Über Chrysarobinvergiftung bei interner Anwendung, von Otto Friedrich.... 123
Europhen zur Behandlung von Haut- und Geschlechtsleiden; ein Überblick über seine Verwendung bei Ulcus molle, von M. Lewitt.................... 123
Das Fibrolysin in der Behandlung einiger Hautkrankheiten und der Harnröhrenstrikturen, von Giacomo Define 124
Flüssiger Kohlensäureschnee in der Dermatologie, von M. L. Heidingsfeld ... 124
Über Laktojod, von F. Stanjeck 124
Linoval, eine neue Salbengrundlage, von Georg Luda...................... 124
Das metallische Quecksilber bei eitrigen Prozessen, von G. Gandolfo 124
Über die Bedeutung der Superoxyde für die Therapie und Kosmetik, von F. Dumstrey 124
Neue Indikationen für Thioleum liquidum, von M. Kretzmer 124
Die therapeutische Anwendung des Radiums, von Louis Wickham 171
Ein neues Verfahren zur Entfernung von Tätowierungen, von W. Dubreuilh . 171
Beobachtungen über die Anwendung von Kohlensäureschnee (flüssiger CO_2), von Josef Zeisler 212
Über den therapeutischen Versuch mit dermatologischen Mitteln, von Howard Fox 216
Fulguration — die lokale Applikation von Hochfrequenzströmen mittels einer spitzen Metallelektrode — deren Anwendung in der Dermatologie, von Georg M. MacKee 218
Licht- und Schattenseiten der physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten, von Veiel 355
Die therapeutische Verwendung von Radium, von L. Wickham................ 406
Radium; seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin, von Ludwik Chybcynski..410. 411
Bedürfen wir innerer Mittel zur Beseitigung kosmetischer Hautleiden? von Georg Joachim 421
Diätetische Behandlung der Hautkrankheiten, von M. Porosz 421
Die passive Hyperämie nach Bier in der Behandlung einiger Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Pietro Stancanelli 421
Über Funkenbehandlung, von Felix Davidsohn............................ 421
Radium in der Dermatologie, von J. Goodwin Tomkinson 422
Die Wirkung des Radiums auf die Gewebe, von G. Guyot 422
Über Kontraindikationen des Finsenverfahrens, von Max Piorkowski 423
Der therapeutische Wert der Bestrahlung granulierender und eitriger Wunden und Unterschenkelgeschwüre mit blauem Bogenlicht, von Paul Richter... 423
Über Vaccinetherapie von Georg Wolfsohn 424
Die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten, von Klingmüller........... 424
Pigmentierung um die Brustwarzen nach Arsacetylinjektionen, von Winkler... 445
Baunscheidtismus, von Nobl 450
Über Pitral, ein farbloses Präparat aus Nadelholzteer, von Max Joseph 453
Der Steinkohlenteer in der Behandlung einiger Dermatosen, von Juan de Azua 464
Rationelle Haarpflege, von Dammann 469
Die physikalischen Hilfsmittel in der Behandlung der Akne und der akneiformen Erkrankungen.. 469
Die physikalischen Hilfsmittel in der Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre.. 469

Seite
Moderne Hautcremes 469
Zur Technik der Anwendung medikamentöser Salben bei Hautkrankheiten, von Dudtschenko-Kolbassenko 470
Die Leime in der Dermatologie 470
Über den therapeutischen Wert der Scharlachsalbe bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Paul Auerbach 470
Die Anwendung von Kohlensäureschnee in der Dermatologie, von Richard J. Sutton 470
Das Antituberkulinserum (Marmorek) im Dienste der Chirurgie, von M. Wein .. 470
Über den Gebrauch der elektrisch hergestellten Kolloidmetalle, von A. Neuber. 471
Die Teertherapie und ihre Neugestaltung durch Einführung des Pittylens, von Georg Haedecke 471
Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Steinkohlenteer, von Juan de Azúa.. 471
Birgt die übliche äußerliche Behandlung mit Chrysarobin irgendwelche Gefahren für den Kranken in sich? von Wolters 471
Über Mergal in der Privatpraxis, von B. Wiecherkiewicz 472
Über Versuche mit „Vilja-Creme", von E. Hellmuth 472
Zur therapeutischen Verwendung des Jodipins, von E. Lustwerk 472
Eine neue Form des Holzessigs für die Hygiene und Therapie der weiblichen Genitalien, von Georg Joachim 472
Zur Ehrenrettung der „Bolus alba", eines alten, aber seit langer Zeit verkannten Heilmittels: die Bolus alba, von Frei 472
Über innerliche Behandlung von Hautkrankheiten mit Kalksalzen, von Bettmann 472
Über Tholassotherapie der Hautkrankheiten, von L. Löw 472
Weitere Erfahrungen mit der Quarzlampe, von Schattmann 473
Theorie einer Methode, bisher unmöglich anwendbare hohe Dosen Röntgenstrahlen in der Tiefe des Gewebes zur therapeutischen Wirksamkeit zu bringen ohne schwere Schädigung des Patienten, zugleich eine Methode des Schutzes gegen Röntgenverbrennungen überhaupt, von Alban Köhler 473
Über Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen, von Rammstedt und Jacobsthal 473
Sekundentherapie (Therapie mit abgekürzter Expositionszeit), von Albers-Schönberg 473
Die Behandlung von Eiterbildung durch Vaccine, von S. Mallanah 474
Eine Modifikation der Barthélemyschen Spritze, von Queyrat 497
Erfolgreiche Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels hochfrequenter Ströme, von David Friedländer 502
Chirurgische Verbesserungen von Gesichtsdeformitäten, von Carlisle 502
Einfaches Verfahren zur Herstellung von Teerbädern, von K. Taege 504
Über die Anwendung der Fettkörper in der Dermatologie; ihre Kombinierung; ihre Indikationen und ihre therapeutische Wirkung, von Carle 504
Über einen tödlich verlaufenen Fall von Atoxylvergiftung, von H. Schlecht... 504
Eucerin, eine moderne vorzügliche Salbengrundlage, von F. A. Philippi 504
Über Jodipin, Sajodin, Jodalkalien und Jodwirkung, von Winternitz 504
Über das Jothion, von E. Richter 505
Vorschriften für Jothionsuppositorien 505
Über die Resorption und klinische Anwendung von Jothion 505
Jodomenin, ein neues Jodpräparat in der allgemeinen Praxis 505
Jodomenin, ein neues internes Jodpräparat, von A. Busch und E. Gumpert .. 506
Jodomenin, ein Jodeiweißpräparat in der Kinderpraxis, von Cassel 506
Kohlensäureschnee: ein weiterer Beitrag zu den Resultaten seiner Anwendung bei Naevus, Tätowierung, Lupus erythematosus und anderen Dermatosen, von M. L. Heidingsfeld und C. A. Ihle 506
Die Behandlung der umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensäureschnee, von L. Zweig 506
Levurinose und Hefeseife und ihre Bedeutung in der ärztlichen Praxis, von Kabisch 506
Linoval, eine neue Salbengrundlage, von Carl Grünbaum 506
Thiopinol-Matzka, ein neues lösliches Schwefelpräparat und die damit erzielten Heilerfolge, von Bäumer 506
Kaltkauter, von Ludwig Meyer 543

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Seite

Tuberöses Bromexanthem, von Adler ... 61
Zoster arsenicalis, von J. Zeissler ... 116
Einige experimentelle Untersuchungen über die Histopathologie von Urticaria factitia, von T. C. Gilchrist ... 117
Zwei Fälle von Erythema nodosum ex usu natrii bromati, von T. Shidachi ... 120
Meningeale Reaktionen bei den Kindererythemen, von Hutinel ... 124
Die malignen Erytheme besonders während des Typhus, von M. Brelet ... 125
Röntgenstrahlen bei Erythema multiforme, von W. S. Lain ... 125
Über Beeinflussung des Strophulus (Lichen urticatus) durch Scheinwerferbehandlung, von E. Ruediger ... 125
Dyspnoe und Urticaria nach Injektion von Diphtherieserum, von J. H. Bacon und Wright C. Williams ... 125
Das chroniche trophische Ödem (Trophoedème chronique), von Nové Josserand und Laurent ... 125
Ein Fall von schwerem angioneurotischen Ödem, von Kuhn ... 126
Ungewöhnliche Fälle von Bromeruption bei Kindern, von Franz Crozer Knowles 126
Die Pellagra in Österreich und ihre Bekämpfung als Volkskrankheit, von L. Sofer 126
Über kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Säure, von Babes, Vasilin und N. Gheorghus ... 127
Bluttransfusion in einem Falle von Pellagra, von H. P. Cole ... 127
Ungewöhnlicher Fall einer Purpura fulminans bei einer Erwachsenen, von Wladyslav Kluger ... 127
Ein Fall von Purpura, von Theodor C. Merrill ... 127
Experimentelle Beiträge zur Ätiologie und Pathogenese der Urticaria, von Carl Bruck ... 207
Dermatitis venenata, von Edward Pisko ... 270
Die Hautveränderungen bei Pellagra, von Bernhard Wolff ... 270
Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati), von T. Shidachi ... 271
Die Quecksilber-Influenza, von Bizard und A. Lévy-Bing ... 273
Angioneurosen, von Kreibich ... 354
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Poirier ... 356
Argyrosis universalis, von Kolokin ... 364
Drei Fälle von Henochscher Purpura, von J. Porter Parkinson ... 404
Bromexanthem, von Gellis ... 446
Experimenteller Beitrag zur psychischen Urticaria, von C. Kreibich und P. Sobotka ... 452
Zwei Fälle von Bromeruption, fälschlich für Blastomykosis gehalten, von Oliver S. Ormsby ... 495
Chronisches Ödem des Gesichts und der Schleimhäute, von J. Adam ... 507
Über den Einfluſs der Kochsalzzufuhr auf die nephritischen Ödeme, von J. W. Blooker ... 507
Über urtikarielle Erkrankungen, von Wolters ... 507
Morbus caeruleus (Blausucht) bedingt durch eine groſse Reihe angeborener Anomalien des Herzens und anderer Organe, von F. Theodor ... 508
Livedo annularis, von M. L. M. Bonnet ... 508
Zur Psychologie und Therapie des krankhaften Errötens, von Oskar Aronsohn 508
Ein Fall von Schiffer-Beriberi mit erythematösem Ausschlag, von F. K. Monro. 509
Ein Fall von chronischem Erythem, veranlaſst durch Würmer, von Werssilowa 509
Masern-Scharlachähnliche Erytheme beim Typhus, von J. López Elizagaray. 509
Angiomatosis miliaris. „Eine idiopathische Gefäſserkrankung“, von Ludwig Steiner und Hans Voerner ... 509
Ein Angiokeratomfall, von S. Beck ... 510
Die Raynaudsche Krankheit, von Carl Pfister ... 510
Pellagra in Arkansas, von O. L. Williamson ... 510
Über Pellagra, von J. J. Watson ... 510
Die Ätiologie der Pellagra, von C. H. Lavinder ... 511
Klinische Erscheinungen bei akuter Pellagra, von N. P. Walker ... 511

Seite

Die landwirtschaftliche Seite des Pellagraproblems in den Vereinigten Staaten, von Carl L. Alsberg 511
Das Auftreten von Pellagra in den Vereinigten Staaten, von Edward Jenner Wood 512
Ein Fall von Akromegalie und Pellagra, von W. Mollow 512
Ein Fall von Bromoformausschlag, von Irving William Voorhees 512
Henochsche Purpura und Intussusception, von H. Lett 512
Ein Fall von Henochscher Purpura im Verein mit angioneurotischem Ödem, von A. Don 512
Purpura haemorrhagica mit Attacken von Kolik infolge von intestinalen Exsudationen, von. G P. Mills 513
Purpura haemorrhagica fulminans mit Nekrosenbildung; Ausgang in Heilung, von H Landwehr 513
Ein Fall von Purpura fulminans, von F. E. Bertling 513
Kryptogene universale Infektion von Purpura urticans, von B. Leopold 513
Die Bakteriologie der Purpura haemorrhagica, von Martiri 513
Die Hämophilie und die hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie, von R. Romme 513
Ein Fall von Morbus Werlhofi, von Josef Kossak 514

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Eine neue Operation des eingewachsenen Nagels, von William L. Keller 128
Die Behandlung der Erfrierungen mit lokaler Arsonvalisation, von Oscar Scheuer 128
Zwei Fälle von simulierten Veränderungen der Haut, von Lebedew 128
Dermatitis pflanzlichen Ursprungs, von Macé de Lepinay 128
Dermatitis venenata infolge Haarfärbemittels, von Alfred Schalek 129
Beitrag zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen in der gesunden Haut, hervorgerufen durch β-Naphtoleinwirkung, von Wladyslaw Kopytowski 129
Pathomimie. Erzeugung von Ätzungen durch gewöhnliches Kalium bei einem 14jährigen Mädchen. Zahlreiche oberflächliche Hautnarben; multiple Abscesse; lineäre Keloide. Differenzierung zwischen den absichtlich erzeugten Läsionen und alten, spontan entstandenen Affektionen bazillären Ursprungs, von Apert und Brac 407. 408
Bullöse Dermatitis nach Jothionsalbe, von Leiner 446
Dermatitis arteficialis, von Leiner 449
Zwei Fälle von schwarzer Zunge nach dem Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd zum Mundspülen. Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung, von Gastou und Loiselet 496
Über einen Fall von bullöser Dermatitis im Anschluſs an zu häufige Applikation von Methylenblau und Teer bei einem an persistierender Urticaria leidenden Patienten, von H. Hallopeau und François-Dainvill 497
Studien über Verbrühung, von Otto Leers und R. Raysky 514
Brandwunden durch Suggestion 514
Beitrag zur Behandlung der Verbrennungen, von A. Lejeune 514
Dermatitis durch Haarfärben, von John G. Burke 514
Experimentelle Erzeugung einer professionellen Dermatose der Seidenindustrie, von F. Heim und L. M. Pautrier 515
Die durch die Millepora erzeugten Hautläsionen, von F. W. Jones 515

II. Neurotische.

Ein Fall von Erythema nodosum, von Nakano 120
Herpes zoster und Syphilis, von Otto Steinmeyer 129
Tabes dorsalis mit Hämatemesis und Herpes zoster atypicus während des Verlaufes und Milchsekretion bei einer 62jährigen Frau. Ein Beitrag zur Lehre von der Milchsekretion, von Anton Siding 130
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Charlotte Tóth 130
Drei Fälle von Malum perforans der Planta pedis mit Nervendehnung behandelt. Heilung ohne Rezidiv, von Lop 130
Herpes zoster generalisatus, von Lipschütz 162
Toxisches bullöses Erythem, von Oppenheim 167

Seite
Epidermolysis bullosa hereditaria, von Königstein 168
Ein Fall von Pemphigus hystericus mit universeller Hyperchromie und trophoneurotischen Ulcerationen, von Stancanelli 173
Weitere Untersuchungen über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (nach Hutchinson), von S. Ehrmann 210
Kongenitale Alopecia als eine Erscheinung von Atavismus, von James Nevins Hyde 211
Dermatitis herpetiformis im Kindesalter, von Frederick Gardiner 326
Atypischer Herpes zoster, von Minne 357
Hydroa vacciniforme, von Gaucher, Druelle und Louste 407
Dystrophische Form der Epidermolysis bullosa, von Nobl 443
Lichen chronicus Vidal, von Lipschütz 450
Erythema iris toxicum nach Aspirin, von Scherber 450
Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, von J. S. Covisa 464
Herpes febrilis an den Fingern, von H. G. Adamson 494
Klinische und experimentelle Beobachtungen über Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum, von D. Franceschi 499
Über eine Form von Erythema exsudativum, welche besonders bei schwerem Alkoholismus vorzukommen scheint, von L. M. Bonnet 516
Aseptische, eitrige, meningeale Reaktion im Anschluſs an eine Rachistovainisation. Intaktbleiben der polynukleären Leukocyten. Anschlieſsender Herpes zoster. Heilung, von Pautrier und Cl. Simon 516
Ein Fall von Herpes zoster intercosto-humoralis, von Roderich Krumbholz .. 516
Vorschriften von paroxysmalen Attacken von Tachykardien nach Ausbruch von Herpes zoster, von A. C. Turner 516
Erfahrungen bei einer Typhusepidemie in Tatabánya, von D. Bajor 516
Herpes simplex, von Frank Crozer Knowles 516
Die Behandlung des Herpes zoster 516
Ein Fall von Hydroa gestationis, von N. M. Falkiner 516
Über günstige Beeinflussung des Malum perforans pedis durch Paraffininjektionen, von Karl Gütig 516
Epidermolysis bullosa, von G. Pernet 516
Beziehungen zwischen dem Erythema exsudativum multiforme und den Erkrankungen innerer Organe, von Otto Sachs 546

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Symmetrische Gangrän nach Scharlach, von Karl Potpeschnigg 117
Über Wundscharlach, von L. Kredel 131
Der Symptomenkomplex beim Vaccinescharlach, von Wladimirow 131
Schutzimpfungen beim Scharlach während der Epidemie zu Ende des Jahres 1907 im Krassnokutschen Bezirk des Bogoduchschen Kreises im Gouvernement Charkow, von Emeljanow 131
Beobachtungen über die Antischarlachvacoine von Prof. Gabritschewsky und ihre Bedeutung für den Kampf mit den Scharlachepidemien, von Dorofejen ... 131
Über die Scharlachschutzimpfungen, von Schamarin 131
Versuche mit Anwendung der Gabritschewskyschen Streptokokkenvaccine in der Landpraxis, von Smirnow 131
Einige Bedenken wider die Scharlachschutzimpfungen auf Grund der Scharlachepidemie in der Stadt Wytegra, von Strjelkow 131
Zur Frage der Gabritschewskyschen Vaccine, von Selikin 131
Beitrag zur Pathologie und Therapie des Scharlachs, von Theodor Zangger. 132
Zur Frage der Wassermannschen Reaktion bei Scharlach, von R. Fuá und H. Koch 132
Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach, von Viktor Hecht, Mathilde Lateiner, M. Wilenko 132
Beiträge zur Kenntnis des Scharlachrezidivs, von Ernst Fürth 132
Drei Fälle von gangränöser Angina im Verlauf der Scarlatina, von A. Romeo .. 132
Die Anginen bei der Scarlatina, von L. Babonneux und M. Brelet 132

Seite
Die Magendarmstörungen im Beginn der Scarlatina, von Lesieur und L. Baur 132
Der plötzliche Tod bei der Scarlatina, von A. Gouchet und Frl. Dechaux... 133
Rubeola, von K. Preisich ... 133
Lidgangrän und andere Augenkomplikationen der Varicellen, von J. D. Rolleston 133
Blattern vor und nach der Entdeckung der Schutzimpfung, von Jay Frank Schamberg ... 133
Beitrag zum Studium der Blattern und Vaccine und anderer ähnlicher Krankheiten, von Camillo Terni ... 134
Die initialen Erytheme der Pocken, von R. S. Thomson und John Brownlee 135
Zur Kenntnis der Variola verrucosa, von G. Nobl ... 135
Über den Komplementbindungsversuch bei Variola vera, von T. Sugai ... 135
Die Rolle des Sanitätsbureaus bei der öffentlichen Impfung, von Alexander C. Abbott ... 136
Die Impfung vom Standpunkte der Gesetzgebung, von Hampton L. Carson .. 136
Untersuchungen über den Impfschutz mittels der Bordetschen Reaktion, von P. Bermbach ... 137
Bemerkungen über die sogenannten Gefahren der Impfung, von William M. Welch ... 137
Untersuchungen über die beweglichen Körperchen der Vaccine. II. Beitrag, von G. Volpino ... 138
Die Vaccineübertragung und ihre Verhütung, von Ludwig F. Meyer ... 139
Die Hydriatik des Typhus exanthematicus, von J. Sadger ... 139
Der Typhus exanthematicus, von Madinaveitia ... 139
Über die Differentialdiagnose der akuten exanthematischen Krankheiten, von O. Heubner ... 517
Entgiftung des Körpers bei akuten Exanthemen, von Gustav Heim ... 517
Über die Blutuntersuchung bei Infektionskrankheiten der Kinder (Masern, Diphtherie, Scharlach und Pocken), von Matylda und Waclaw Biehler ... 518
Zur Frage der Seuchenbekämpfung, insbesondere von Scharlach, von Bachmann 518
Protozoenbefunde bei Typhus exanthematicus, von E. Krompecher, M. Goldzieher und J. Angyán ... 518
Einige Bemerkungen zu der gegenwärtigen Epidemie von Typhus exanthematicus, von L. Olivares ... 519
Scharlachfieber, von Kornel Preisich ... 519
Bakteriologische und serologische Untersuchungen bei Scharlach, von Felix Schleissner ... 519
Über die Ätiologie des Scharlachs. Biologische Untersuchungen von Spiero Livierato ... 519
Über die Rolle der Streptokokken bei der Scharlachinfektion, von Felix Schleipner ... 520
Zur Frage des Scharlachs, von Benjamin Kaplan ... 520
Durch geheilte Scharlachfälle hervorgerufene Infektionen, von K. Preisich ... 520
Scharlachinfektion durch geheilt entlassene Kranke (Return cases der Engländer), von Preisich ... 550
Bericht über eine Scharlachepidemie in Lurgan, von J. Singleton Darling .. 550
Chlorstoffwechsel und Körpergewicht im Scharlach, von O. Grüner und B. Schick ... 551
Untersuchungen der Blutkonzentration bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis, von Siegfried Oppenheimer und Emil Reiss 551
Der plötzliche Tod bei Scharlach, von Pagliai ... 551
Ein zweifelhafter Fall — Scharlach oder Influenza, von A. Dunlop ... 551
Über Komplementablenkung bei Scharlach, von Paul Sommerfeld ... 551
Scharlach und Wassermannsche Syphilisreaktion, von W. Holzmann ... 552
Über die Acetonurie bei Scharlach, von Felix Proskauer ... 552
Einige Bemerkungen zu der Arbeit von F. Proskauer: Über die Acetonurie, von Ludwig F. Meyer ... 552
Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen, von F. Proskauer ... 552
Die Folgekrankheiten der Scarlatina, von M. A. Gouget ... 553
Scarlatinöse Staphylokokkenmeningitis, von E. Weill und G. Mouriquaud ... 553
Über einen Fall von akutem Hydrops der Gallenblase bei Scharlach, von Montenbruck ... 553
Motorische Aphasie als Scharlachkomplikation, von Nicholas Lawrey ... 553
Beobachtungen über die Vaccineschutzimpfungen gegen Scharlach, von Tschiftiew 554

Seite

Einige statistische Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum und über die Bakteriologie des Scharlachs, von Bjelilowski 554
Scharlachbehandlung mit Moserschem Serum, von K. Preisich 554
Die Behandlung des Scharlachs, von B. Bendix 554
Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieses Affektionen, von Julius Ritter 555
Über Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie, von Blacher 555
Der gegenwärtige Stand der Scharlachbehandlung 555
Eine erneute Erkrankung an Masern nach drei Monaten, von Medowikow 555
Bakteriologische Untersuchungen bei Masern, von Lorey 555
Das Koplikscke Symptom. Seine Bedeutung für die Frühdiagnose der Masern .. 555
Entzündung des Nierenbeckens und der Nieren als Komplikation der Masern, von Matylda Biehler 555
Akute Myelitis im Gefolge von Masern, von J. H. Busteed und W. M. Sadler 555
Masern und rotes Licht, von A. Gouget 556
Einige Beobachtungen über die Röteln, von Fedorow 556
Existiert die Dukessche Krankheit? von A. Romeo 556
Eine Windpockenepidemie, von Bruno Bosse 556
Beitrag zur Ätiologie der Windpocken, von Bertarelli 556
Die Otitis media bei Varicellen, von Maurice Jacod 557
Impfungen bei Windpocken, von D. Smallpiece 557
Über den ätiologischen Zusammenhang der Varicellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster, von J. v. Bókay 558
Serologische Untersuchungen bei der Variola vera, von Dahm 558
Über eine neue erfolgreiche Variolaübertragung auf das Kalb, von E. Meder... 558
Tierversuche mit Vaccine, Variola und Ovine, von L. Voigt 558
Über Zellveränderungen in inneren Organen bei Variola, von Keysselitz und Mayer 559
Kuhpockenimpfung (?) im Jahre 1770 in Deutschland durch einen englischen Arzt, von Wilhelm Ebstein 559
Die angebliche Kuhpockenimpfung in Königsberg im Jahre 1770, von H. Deichert 559
Kritisches zur Impffrage, von H. Böing 559
Die Resultate von 150 Fällen von Impfungen und Wiederimpfungen, von R. Guillermin und A. Cramer 560
Über die Wirkung einer Neutralrotsalbe auf die experimentelle Vaccineinfektion beim Kaninchen, von Friedberger und Yamamoto 560
Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsfähigkeit der Vaccinestoffe, von Progliese und Debenedetti 560

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Zwei Fälle von Lepra, von Poirier 23. 357
Die staatliche Fürsorge bei Lepra in Norwegen und in den Vereinigten Staaten, von Albert S. Ashmead 26
Demonstration der mikroskopischen Präparate der Nephritis leprosa,, von K. Mitsuda 120
Über die Silberfällbarkeit des Leprabacillus und deren Wert für die Differentialdiagnose zwischen Lepra- und Tuberkelbacillus, von Y. Sakaguchi....... 120
Über die Infektion von Lepra, von S. Inouye 120
Fixationsreaktion mit dem Serum und Liquor cerebrospinalis der Leprakranken, bei Anwesenheit des syphilitischen Antigens, von A. Slatineanu und D. Danielopolu. 139
Anwesenheit von Fixationskörpern im Liquor cerebrospinalis von Leprakranken, von A. Slatineanu und D. Danielopolu 140
Lepra der Knochen, von M. Hirschberg und Biehler 169. 267
Primäres Auftreten von Lepra unter dem Bilde einer lupusähnlichen Syphilis tardiva der Nase und Oberlippe, von Melle 178
Eukalyptus bei Lepra, von Harry T. Hollmann 180
Über einige Leprafälle in Terralba (Sardinien), von G. Ciuffo 181

Seite
Zur Lepra tuberosa der oberen Luftwege, von Paul Bergengrün 181
Ein Fall von Leprom der Hornhaut, von Wainstein und Karnitzki 181
Die Radiotherapie als differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Lepra und Syringomyelie 181
Die Schutzmafsregeln gegen die Lepra seit 1897 in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten, von Kirchner 308
Kampf gegen die Lepra in den französischen Kolonien, von Jeanselme 308
Lepra in Rufsland, von v. Petersen 309
Die Lepra in Bosnien und der Herzegowina und ihre Bekämpfung, von Kobler 309
Lepra in Algier, die Bekämpfung der Lepra, von Raynaud 310
Die Lepra am Kongo, von van Campenhout 310
Die Lepra auf Kuba, von Ramón-Negra 313
Lepra in einigen britischen Kolonien, Regierungsbericht 313
Die Geographie der Lepra, von Felix Verdier 313
Die Geschichte der Lepra in Norwegen, von G. Armauer Hansen und H. O. Lie 318
Über die Lepra in Schweden, von Sederholm 319
Die Lepra auf Island, von S. Bjarnhjedinsson 320
Die Lepra in Finnland, von Fagerlund 320
Geschichte der Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung, von Sand 320
Ist die Lepra hereditär? von v. Düring 320
Fragen nach der Ätiologie der Lepra, von Sticker 321
Die Übertragbarkeit der Lepra durch blutsaugende Insekten (Bettparasiten), von Ehlers 321
Verbreitungsweise der Lepra, von Ravogli 322
Klinische Beobachtungen, von Biehler 322
Klinische Beobachtungen an Leprösen Bosniens und der Herzegowina, von Zechmeister 323
Geisteskrankheiten bei Leprakranken, von Moreira 323
Geistesstörungen bei Lepra und Seelenzustände der Leprösen, von de Beurmann und Gougerot 323
Meningitis und Polyseritis leprosa, von de Beurmann und Guy Laroche ... 323
Lepröse Leberschrumpfung, von de Beurmann und Guy Laroche 323
Nicht anästhetische Leprome, von Guy Laroche 324
Lepröse Radialisparalysen, von de Beurmann und Gougerot 324
Disposition zur Lepra, von Blaschko 324
Lepröse Initialveränderungen, von Zeferino Falcao 324
Diagnostik der Lepra — Untersuchung der Hauterscheinungen der Lepra durch methodisches Abkratzen, von Brocq 324
Lepröse Schanker, von de Beurmann 325
Der Gang der leprösen Infektion, von de Beurmann und Gougerot 325
Die Therapie der Lepra, von Deycke 326
Nastinbehandlung, von Kiwull 327
Nastin, von Ashburton Thompson 327
Die Behandlung der Lepra mit Antileprol, von Engel 328
Radiumbehandlung der Lepra, von de Beurmann 328
Leprolinbehandlung der Lepra, von de Beurmann 328
Komplementablenkungsversuche, von Biehler 329
Serologische Untersuchungen bei Lepra, von Georg Meier 329
Das Vorkommen tuberkuloider Veränderungen in den Nerven bei anästhetischer Lepra, von Arning 330
Mikroskopische Leprapräparate Unnas, von Delbanco 330
Lepröse Veränderungen in Knochen und Gelenken trophoneurotischen Ursprungs, von Harbitz 330
Die pathologische Anatomie der Lepra, von Mac Leod 331
Spezifische Reaktionen bei Lepra, von Babes 331
Ist die Lepra des Altertums dasselbe Leiden, das wir heute als Lepra kennen und welche Schutzmafsregeln wurden dagegen ergriffen? von Prokhoroff 332
Prophylaxe der Lepra, von Wise 332
Mafsregeln gegen Verbreitung der Lepra, von Hübert 332
Lepra, von Poirier 356
Ein kurzer Überblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Bakteriologie und pathologische Anatomie der Lepra, von J. M. H. Macleod 493
Bericht über die zweite Leprakonferenz, von Blaschko 543

Seite

Lepra, speziell in Beziehung auf die Vereinigten Staaten, deren Kolonien und die benachbarten Bahamainseln, von C. A. Perrose 560
Die auf den Philippinen beobachtete Lepra und deren Behandlung, von V. G. Heiser 561
Lepraherde in Persien, von Feistmantel 561
Die Lepra im Kreise Grobin, von S. Prissmann 562
Zur Epidemiologie der Lepra, von A. S. Ashmead 562

β. *Tuberkulose.*

Skrophulo-tuberkulöse Lymphome, von Lespinne 23
Noduläre Tuberkulide, von Blaschko 60
Folliklis, von Iwanoff 61. 204
Lupus vulgaris, von Iwanoff 61
Die Urogenitaltuberkulose, von Rovsing 64
Erythema induratum Bazin und Tubekulineinspritzung. von Georges Thibierge und Pierre Gastinel 67
Demonstration von Tuberkulosis verrucosa cutis, von T. Hamano 120
Über die Wirkung der Tuberkulinsalbe für Lupus vulgaris, von T. Ohkoshi ... 120
Skrophuloderma, von W. Friedländer 160
Disseminiertes akneiformes Tuberkulid, von Nobl 162
Lupus miliaris disseminatus, von Oppenheim 163. 169
Lichen nitidus, von Königstein 164
Hautreaktion durch elektrolytische Einführung von Trockentuberkulin, von Winkler 165
Lichen scrophulosorum, von Winkler 165
Tuberkulöse Hautulcerationen, von Ehrmann 165
Lupus verrucosus, von Ehrmann 165. 166
Lupus vulgaris nasi, von Balban 167
Erythema induratum Bazin, von Kren 168
Lichen scrophulosorum, von Königstein 168
Einige Resultate der Cutis- und Ophthalmoreaktion im Gebiete der Dermatologie, von C. Orsenigo 182
Was ist Skrophulose? von R. Romme 182
Über seltene Formen der Hauttuberkulose, von Alfred Kraus 182
Erythema nodosum und Tuberkulose, von A. Chauffard und Jean Troisier 182
Ungewöhnlicher Fall von Lupus mutilans, von Walter G. Smith 182
Behandlung des Lupus faciei, von de Beurmann und Degrais 182
Tuberkulid, von Kndriawsky 206
Über Wert und Bedeutung der operativ-plastischen Lupusbehandlung, von Alfred Jungmann 209
Studium über Aknitis mit Bericht über einen ausgedehnten Fall, von Jay Frank Schamberg 211
Die Konjunktivalreaktion bei gewissen Hautkrankheiten, von Jerome Kingsbury 213
Die Hauptformen der Hauttuberkulose, von Alfred Schalek 270
Therapie des Lupus vulgaris 354
Angiolupoid, von Brocq und Pautrier 355
Demonstration von Patienten, welche mit Tuberkulin T. J. behandelt worden sind, von Lespinne 357
Ein Fall von Lichen scrophulosorum von ganz ungewöhnlicher Ausdehnung und Lokalisierung, von E. G. G. Little 405
Atypische Tuberkulose von der Form der Boeckschen Sarkoide bei einer alten Luetikerin, von Danlos und Levy-Frankel 407
Tuberkulöses Papillom der Zunge, von Danlos und Levy-Frankel 408
Über Tuberkulinimpfungen und -Einträufeln, von Roman Leszczynski und Fryderyk Mahl 409
Erythema induratum Bazin 443
Lupus erythematosus, Skrophulo-tuberkulose, von Nobl 443
Disseminierte Folliclis, von Grünfeld 446
Lichen scrophulosorum, von Lipschütz 446
Lupus tumidis behandelt mit elektrolytischer Einführung von Tuberkulin, von Winkler 447
Lupus vulgaris disseminatus, von Scherber 447

Seite
Lichen scrophulosorum, von Scherber 447
Lichen scrophulosorum,, von Leiner 449
Meningitis tuberculosa, von Leiner 449
Tuberculosis verrucosa ad anum, von Ullmann 450
Über eine Lichen scrophulosorum-Eruption nach Tuberkulinimpfung, von Roman v. Leszczynski 452
Der Wert der Intradermoreaktion für die Dermatologie, von Beurmann 496
Nekrotisierende Papulotuberkulide, von Gaucher, Louste und Christin 497
Mitteilung über zwei von Herrn Danlos in der letzten Sitzung vorgestellte Patienten, von Darier 497
Lichen scrophulosorum universalis, von Balzer und Sevestre 498

γ. *Syphilis.*

Ein Fall von syphilitischem Fieber, von Poirier 23
Endarteritis obliterans bei einem Luiker, von Laitat 23
Ein noch unbeschriebener, flüchtiger, auf Reiz hervortretender Ausschlag bei einem Syphilitiker, von Minne 23
Primärsyphilid des Kinnes, von A. Morelle 23
Dementia paralytica praecox bei einem Luiker, von Bayet 24
Multiple Primärsyphilide, von Bayet 24
Syphilis tuberosa, von Thomson 24
Über die Bedeutung der positiven Wassermannschen Reaktion, von Fritz Hoehne 24
Über Nephritis syphilitica im Frühstadium der Lues, von Heinrich Winkler. 24
Extragenitale Syphilisinfektion von Kindern, von Carl Leiner 26
Zur Frage der Syphilisdiagnose in Verbindung mit der Wassermannschen Reaktion, von Fraenkel 27
Ein Versuch der psychischen Untersuchung von Kindern mit hereditärer Syphilis, von Schiperskaja 27
Die Behandlung der Nervensyphilis, von Georg Köster 28
Drei Fälle von Epilepsie auf luetischer Basis, von Oskar Woltär 28
Lungensyphilis. Syphilis und Lungentuberkulose, von M. Derscheid 28
Ein Fall von Lungensyphilis beim Erwachsenen, von T. Sugai 28
Magensyphilis, von Arthur Curtis 28
Die Darmleiden syphilitischer Natur. Zusammenfassende Übersicht von E. Luna 28
Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, von W. Fischer 29
Die balneotherapeutische Unterstützung von Quecksilberkuren, von R. Ledermann 29
Über die Mundpflege bei Quecksilberkuren mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste, von Boss 29
Neuere Leitsätze zur hypodermatischen Syphilisbehandlung, von G. Nobl 29
Die Behandlung der Syphilis mit Arylarsinaten, von F. J. Lambkin 29
Zwei Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mittels Arylarsonate, von E. U. Bartholemew 30
Zur inneren Behandlung der Syphilis, von Fedor Schmey 30
Zur internen Therapie der Syphilis, von A. Pöhlmann 30
Beitrag zur Syphilisbehandlung, von Rühl 30
Kind mit Lues hereditaria, von Dreyer 60
Kaninchen mit Primäraffekten am Präputium, von Tomasczewski 60
Junges Mädchen mit Taboparalyse, von Rosenthal 61
Primäraffekt, von Chajes 61
Hodenimpfungen mit Syphilis an Kaninchen, von Mulzer 61
Zur Frage über viscerale Syphilis bei Kindern, von Goworoff 62
Labyrintherkrankungen im Frühstadium der Syphilis, von G. Stümpke 63
Welche Quecksilberkur ist die beste? von H. Rohde 63
Mikrobiologie der Syphilis, von J. Meneau 67
Syphilis und Blennorrhoe, von Batut 67
Zur Frage der Möglichkeit des Ersatzes des syphilitischen Extraktes durch künstliche Mischungen bei der serodiagnostischen Wassermannschen Reaktion, von Borodenko 68
Die Möglichkeit der antisyphilitischen Immunisierung. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Parasitologie der Syphilis 114
Parasitenbefunde bei menschlicher Syphilis, von E. Hoffmann 114

Seite

Spirochäten bei Syphilis, von A. Buschke ... 114
Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Parasitologie der Syphilis, von O. T. Schultz ... 114
Über die Systeme der Lokalisation des Treponema pallidum im Organismus, von H. Hallopeau und Gaston ... 114
Beiträge zur Spirochätenfrage, von A. Dreyer ... 114
Syphilis beim Kaninchen, erzeugt mit der Reinkultur des Syphilisbacillus von Niessen, von M. v. Niessen ... 115
Ein neues Gefäfssymptom der Syphilis, seine Beziehungen zur Cutis marmorata, zum grofsmakulösen Syphilid und zur Spirochaeta pallida, von S. Ehrmann 115
Quaternäre Heredosyphilis des retikulären Gewebes (Appendicitis, adenoide Wucherungen und Skrophulose), von Gaucher ... 115
Ein Beitrag zur Frage von der hereditären Syphilis, von R. W. Taylor ... 115
Syphilis und Massage, von R. W. Taylor ... 115
Die Osteopathien der quaternären hereditären Syphilis, von Gaucher und Levy-Bing ... 115
Radiogramme bei Syphilis der Röhrenknochen, von M. W. Ware ... 116
Eine einfache und schnelle Methode des mikrochemischen Nachweises von Quecksilber im Urin, von C. Lombardo ... 116
Quecksilber im Urin, von C. Lombardo ... 116
Periphere syphilitische Arteritis, von H. G. Klotz ... 116
Klinische Berichte über a) einen Fall von syphilitischer Reinfektion, b) Fälle von Syphilis insontium, von G. K. Swinburne ... 116
Die Verwendung von Heilquellen bei der Behandlung der Syphilis, von J. Dardel 116
Verrucae plantares, deren Vorkommen bei Knaben und jungen Männern und ihre Pathologie, von J. T. Bowen ... 116
Tätowierung und Syphilis, von Sh. Dohi ... 117
Ein Fall von syphilitischem Schanker der Nasenschleimhaut, von Pietro Stancanelli ... 119
Experimentelle Syphilis, von Levy-Bing und Laffont ... 119
Über die Serodiagnostik bei Syphilis, von S. Terazawa ... 120
Demonstration von Syphiliskranken, von G. Sato ... 120
Die Diagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck, von C. Bruck 121
Ol. Camelliae zum Suspensieren des Salicylquecksilbers, von T. Ohkoshi ... 121
Über Syphilide, von T. Terazawa ... 121
Über den praktischen Wert der Wassermannschen Reaktion und der von Bauer vereinfachten Modifikation derselben, von J. Wojciechowski ... 121
Atoxylsaures Quecksilber, von E. Lesser ... 159
Gummi sterni, von W. Friedländer ... 160
Spirochäten nach Burri, von Halberstaedter ... 162
Papulo-krustöses Syphilid, von Finger ... 162
Spätsyphilid, von Lipschütz ... 163
Lues corymbosa, von Oppenheim ... 163
Lues pustulosa maligna, von Müller ... 165
Schwielengumma, von Ullmann ... 166
Tabes, Tuberkulinkur, von Ullmann ... 166
Gumma, von Lipschütz ... 167. 168
Entwicklung von Hautgummata an Calomelinjektionsstellen, von Mibelli ... 172
Ein Fall von tertiärer Syphilis der Nase, von Philippson ... 173
Über die Wirkung des Atoxyls bei Syphilis, von Nencioni ... 173
Ein Fall von Selbstmordversuch, veranlafst durch Infektion mit Syphilis, von Moskalew ... 174
Die Allgemeinbehandlung der Syphilis, von E. Gaucher ... 178
Zosterartige Syphilide, von Druelle und Joltrain ... 179
Drei Fälle von Syphilis, von Johannidès ... 179
Syphilitische Infektion oder merkurielle Intoxikation? von G. Loygue ... 183
Dreifache venerische Infektion, kompliziert durch syphilitische Phlebitis, von Dieulafoy ... 183
Hereditäre und akquirierte Syphilis, von Jeanselme ... 183
Postkonzeptionelle Syphilis und Wassermannsche Reaktion, von Wechselmann 183
Tödliche Übertragung einer lange nach der Konzeption akquirierten Lues auf den Fötus, von Fieux und P. Mauriac ... 184
Die hereditäre Syphilis der Brustkinder und ihre Behandlung, von Ljaschenko 185

Seite

Das unaufhörliche Schreien als Symptom der hereditären Syphilis, von Clemente Ferreira ... 185
Die kongenitale Syphilis der Nebennieren, von Ribadeau-Dumas und Pater 185
Syphilis cerebralis hereditaria tarda bei zwei Schwestern, von L. Babonneix und R. Voisin ... 185
Hodgsonsche Krankheit und Syphilis, von Debove ... 185
Die syphilitischen Entzündungen der peripheren Arterien, von Bonnet und Courjon ... 185
Akneförmige Syphilide, von Brocq ... 186
Psoriasiforme Syphilide, von Brocq ... 186
Spezifische perifollikuläre Infiltrationen, von Brocq ... 186
Beitrag zum Studium der Keratitis parenchymatosa auf luetischer Basis. Unter Zuhilfenahme der Wassermannschen Reaktion, von Fritz Silbersiepe ... 186
Hodensyphilome bei Kaninchen nach Impfung mit syphilitischem Virus, von D. Mezincescu ... 186
Verschiedene Erscheinungsformen von Lues des Cerebrospinalsystems, von Engelen ... 187
Bemerkungen zu zwei Fällen von akuten syphilitischen Meningitiden, von W. Oettinger und H. Hamel ... 187
Die Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Dementia praecox, von J. Roubinovitch und Levaditi ... 187
Sekundär-syphilitische Epilepsie, von L. Guénot ... 188
Die Prognose der Tabes, von Babinski ... 188
Syphilitische Gummen, von Jeanselme ... 188
Ein vereinfachtes Verfahren der Serumdiagnose bei Syphilis, von N. A. Tschernogubow ... 188
Die Anwendung einer gedruckten Karte bei der Serumdiagnose der Syphilis, von Charles Wood McMurtry ... 188
Zur klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von Isabolinski .. 189
Die Technik, wie die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Korschun und Merkurjew ... 189
Die Technik der Wassermannschen Reaktion, deren praktische Anwendung in bezug auf Diagnose, Prognose und Therapie der Nervenkrankheiten, von E. Castelli ... 189
Zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von Maslakowetz und Liebermann ... 190
Luesnachweis durch Farbenreaktion. Vorläufige Mitteilung von W. Schürmann 190
Lues maligna mit Hepatitis interstitialis, von Miekley ... 204
Klinische Ausführungen zur Kromayerschen Quecksilberlampe, von Alfred Jungmann ... 209
Multiple Dactylitis syphilitica (Phalangitis heredo-syphilitica Hochsinger) bei einem Kinde, von Herm. G. Klotz ... 217
Die Prinzipien und die klinische Anwendung der Wassermannschen Reaktion, von Homer H. Swift ... 219
Mikrobiologie der Syphilis, von Méneau ... 222
Die Zukunft der Syphilis, von E. Finger ... 222
Zur Kritik der Schürmannschen Farbenreaktion bei Lues, von Schmincke und Stoeber ... 225
Die Schürmannsche Methode des Luesnachweises mittels Farbenreaktion, von E. Meirowsky ... 225
Über den Wert der Farbenreaktion bei Lues, von Arnold Galambos ... 225
Wann soll die Behandlung der Syphilis beginnen? von G. Milian ... 226
Die lokale Behandlung der sekundären und tertiären Syphilide ... 226
Kollargol bei malignen Syphiliden, von Brocq ... 226
Hydrargyrum oxycyanatum als internes Antisyphilitikum, von Schulte ... 226
Das Problem der Luesübertragung auf das Kind und die latente Lues der Frau im Lichte der modernen Syphilisforschung, von Hans Bab ... 226
Experimentelle Studie über Syphilis; Morphologie der Spirochaeta pallida, von Krzysztalowicz und Siedlecki ... 227
Die Spirochaeta pallida in den Läsionen der Tertiärperiode, von Chirivino ... 227
Lues und Tuberkulose, von V. Müller ... 227
Primärsklerose am linken unteren Augenlid, von E. Iványo ... 227
Ein Fall von luetischer Reinokulation, von Fr. Veress ... 227

Seite

Zwei Fälle von unbewußter Syphilis in ungewöhnlicher Form, von Ayala..... 228
Ein Fall von Spondylitis luetica, von D. Balas und E. Brezovszky......... 228
Tabes ohne Lues im jugendlichen Alter, von K. Keller..................... 228
Über die praktische Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion, von W. Hancken........ 228
Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, von Harald Boas........ 228
Ein Beitrag zur Theorie und Technik der „Wassermannschen Reaktion" und zur Wertbemessung der geprüften Seren, von Ludwig Meyer........... 229
Die Wassermannsche Reaktion bei Keratitis parenchymatosa und beim Infantilismus, von Pisani........ 229
Die Anwendung der Wassermann-Reaktion in der Syphilisdiagnosis, von L. Török und B. Vass........ 229
Beitrag zur Untersuchung und kritische Betrachtungen über den praktischen Wert der Wassermannschen Serodiagnose bei Syphilis, von Cappelli und Gavazzeni........ 230
Wert der Wassermannschen Reaktion in der Praxis, von J. Gussmann und E. Neuber........ 230
Die Schürmann-Reaktion und Lues, von St. Posgay und K. Nemeth.......... 230
Die Bekämpfung der Syphilis, von v. Engelmann.......................... 230
Über die Grundlagen der biologischen Quecksilbertherapie der Syphilis.......... 230
Allgemeine Behandlung der Syphilis, von Maramaldi....................... 231
Syphilitische Affektion der Nasenknochen, von Gellat..................... 266
Syphilitiker, Kur, von Diatchkoff.. 266
Über Diagnose und Therapie der ulcerösen Hautveränderungen bei Syphilis, von Henry Beates........ 270
Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens, von Clifton M. Miller......... 270
Vorläufige Notiz über hämolytischen Ikterus bei sekundärer Syphilis, von Gaucher und Giroux........ 273
Die Syphilis bei den mohamedanischen Eingeborenen von Tunis, von René Broc 273
Brown-Sequardscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs mit Syringomyelie-ähnlichen Sensibilitätsstörungen, von Millian und Neveux........ 274
Schwerer Fall von Tabes, erfolgreich mit Kalomelinjektionen (40%) behandelt, von Sanglier........ 274
Eln Vergleich der Wassermann- und Noguchi-Komplement-Fixationsmethoden, von Howard Fox........ 337
Wassermannsche Reaktion, von Brezovszky................................ 354
Wassermannsche Reaktion, von Basch...................................... 354
Wassermannsche Reaktion, von Bruhns..................................... 354
Wassermannsche Reaktion, von Marschalkó................................. 354
Wassermannsche Reaktion, von Nobl....................................... 354
Syphilisrezidive, von Guszmann.. 355
Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum, von Kanitz.................. 355
Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum, von Veress.................. 355
Chemie des Blutes bei Lues, von Winternitz.............................. 355
Mikroskopie des Blutes bei Lues, von Kanitz............................. 355
Ein Fall von hartem Schanker der Conjunctiva bulbaris, von Dandois........ 356
Tertiärläsion auf der alten Narbe eines vor fast 50 Jahren akquirierten Primärsyphilids, von Dandois........ 356
Pseudo-Tumor albus, von Dandois... 356
Diffuses hypertrophisches Syphilid der Unterlippe, von Duhot............. 356
Ein Fall von Syphilis mutilans des Gesichts, der Nasenhöhle und Ankylose der Palato-Pharynx, von Duhot........ 356
Doppeltes Primärsyphilid der Zunge, von Duhot........................... 356
Ein Fall von progressiver Paralyse im Anfangsstadium auf syphilitischer Basis beruhend, von Bertrand........ 357
Die praktische Bedeutung der Serumdiagnostik bei der Syphilis, von Bayet.... 358
Harter Schanker der Nasenschleimhaut, von Leikin......................... 364
Zur Frage der blennorrhoischen und syphilitischen Knochenveränderungen, von Boikow........ 364
Syphilitische Osteoperiostitis, von O. L. Addison........................ 404
Chronische Hypertrophie der Lippen infolge von syphilitischer Lymphangitis, von A. Whitfield........ 405

Seite
Ein Fall zum Diagnostizieren, von T. D. Savill 405
Demonstration einer vereinfachten Methode der Serumdiagnose der Syphilis durch das Komplementabweichungsverfahren, von A. Fleming 406
Über Autoinfektion und Reinfektion bei Syphilis, von J. Hutchinson jr. 406
Tertiärsyphilid der Urethra, von Gaucher und Druelle 407
Syphilitischer Schanker am inneren Augenwinkel, von Gaucher und Druelle. 407
Hervortreten eines Gummas des Gaumens 50 Jahre nach dem Primärsyphilid, von Balzer und Sevestre 408
Über die Syphilisbehandlung in Iwonicz, von Grzegorz Turzanski 410
Exulcerierte gummöse Lymphome, von Fasal 445
Ulcerierte gummöse Lymphome, von Grünfeld 446
Lichen lueticus, von Scherber 447
Zur Kasuistik der visceralen Syphilis, Gumma cardiae, von Carl Cron 452
Zum Leucoderma syphiliticum, von Hans Vörner 452
Osteopathien der quaternen Syphilis (Gaucher). Bericht über die Untersuchung von 46 orthopädischen Fällen auf angeborene Syphilis, von James M. Winfield 456
Ein Fall von isoliertem Lebergumma, das intra vitam diagnostiziert wurde, von Paul Savy 457
Zwei Fälle von unerkannter Syphilis mit seltenen Formen von tertiärem Phagedänismus, von Pietro Stancanelli 461
Serodiagnose der Syphilis, Seroagglutination, Wassermannsche Reaktion, Technik und Resultate, theoretische und kritische Studien, Modifikationen und Vereinfachungen, Methode von Noguchi, von E. Joltrain 461
Die Syphilis und die malignen Tumoren der Halsorgane, von L. Massei 461
Eingeweidesyphilis, von Hudelo und Emery 461
Über Fortschritte der letzten Zeit im Studium des Syphilisverlaufes, von H. Hallopeau 462
Absceſs des Unterschenkels, Inzision, Umbildung der Schnittwunde in eine typische tertiäre Ulceration, von Troisfontaines 462
Verkannter Schanker der rechten Mandel, Tonsillotomie, sekundäre Syphilis, ultramikroskopische Untersuchung, von Maurice Bloch 462
Schwerer Fall von Tabes, erfolgreich behandelt mit Kalomelinjektionen, von Sanglier 462
Ein Fall von sekundärem Riesenschanker, wie auch sonst zahlreichen sekundären harten Schankern auf dem Abdomen, von Pawlow 463
Auftreten einer Sklerose und eines papulo-pustulösen Syphilids bei einem Kranken mit schon viele Jahre bestehendem Ulcus gummosum des Fuſses, von Priklonski 463
Atoxylbehandlung der Syphilis, von Clementino Basail 464
Ein Fall von Lungensyphilis, von J. Quintana Duque 465
Ein Fall von Lungentuberkulose mit Syphilis, von E. de Oyarzábal 465
Syphilis hereditaria tarda, von E. de Oyarzábal 465
Zwei Fälle von phagedänischem Gumma der Urethra, von J. S. Covisa 465
Über die Behandlung von Syphilis mit Mergandol (einem löslichen Hg-Präparat), von H. J. Schlasberg 492
Ein enormer Schanker am Kinn nach Verletzung beim Rasieren, von A. Renault und Guénot 496
Hypertrophische Narben im Gefolge von alten syphilitischen Papeln, von A. Renault 496
Ein Fall von sekundärer Epilepsie, von A. Renault und Guénot 496
Ein neues Beispiel des sogen. Guillain-Thaonschen Symptomenkomplexes bei cerebrospinaler Syphilis, von A. Renault 496
Fall von enormen frühzeitigen syphilitischen Ulcerationen mit komplizierenden Erythemflecken, von A. Renault 496
Über das häufige Vorkommen von Schankern auf der Regio subpubica und an der Basis des Penis bei den eingeborenen Muselmännern von Algerien, von J. Brault 496
Die Ergebnisse der Impfung mit primär-syphilitischem Material bei Patienten mit Tertiärerscheinungen, von Queyrat und Pinard 497
Schankerförmiges Syphilid oder Primärsyphilid bei Reinfektion? von Lenglet und Sourdeau 498
Über einige Bemerkungen von Prof. C. Lombardo zu meiner Arbeit: Demonstration der Spirochaeta pallida in den Zahnkeimen eines Hereditärsyphilitischen, von Pasini 499

Seite

Syphilis des Nervensystems, von J. Elvin Courtney 502
Anschwellung des Gesichts und Erweiterung der Venen am Hals, Rumpf und Armen, von Bendix 543
Sklerose der Unterlippe, von Bendix 543
Die Ätiologie der Syphilis, von Erich Hoffmann 543
Quantitative Bestimmung der luetischen Serumveränderungen mittels der Reaktion von Wassermann, Neisser und Bruck, von B. P. Sormani 547
Beitrag zur Kenntnis der Syphiloides post-érosives, von Fritz Juliusberg 547
Plaque muqueuse der Conjunctiva des Limbus. Die Sekundärsyphilis der Bindehaut, von A. Antonelli 548
Akute und chronische Aortitiden und das Atherom bei hereditärer Syphilis, von A. Lévy-Franckel 548

2. Lokale Infektionskrankheiten.

A. *Oberhaut.*

Seborrhoea psoriasiformis, von Thomson 24
Albuminurie bei Scabies, von Tschumakow 26
Die wichtigsten Formen der ekzematösen Eruption, Symptomatologie und Differentialdiagnose, von Gaucher 30
Behandlung des Ekzems mit Steinkohlenteer, von J. Nicolas und A. Jambon 31
Beitrag zur Therapie des Kinderekzems, von Geissler 31
Umschriebene fibromatöse Hyperplasie des Skrotums im Gefolge eines chronischen Ekzems, von Giacomo Define 31
Die Ätiologie der Psoriasis und verwandter Anomalien, von M. d. Chevers ... 31
Zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa acuta benigna (Brocq) auch érythème scarlatiniforme récidivant (Féréol und Besnier), u. a. m. genannt, von von Criegern 31
Ichthyosis und Schilddrüse, von E. Weill und G. Mouriquand 32
Über den Parasiten der „Pityriasis nigra", von G. Ciuffo 32
Ein Beitrag zur Behandlung der Seborrhoe, Komedonen und Akne des Gesichts, von Georg Joachim 32
Die Vaccinetherapie der Akne vulgaris und der opsonische Index, von G. Scherber 33
Akne, von P. G. Unna 33
Akne 33
Beiträge zur Pemphigusfrage, von Ernst Eitner und Max Schramek 34
Scabies, von Douglas M. Montgomery 34
Die Behandlung der Tinea tonsurans, von R. L. Sutton 34
Über Oospora lingualis nova species und Cryptococcus linguae-pilosae Lucet, Parasiten der Lingua nigra pilosa, von Fernand Guégueu 34
Pityriasis, von Saalfeld 61
Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie (Brocq), von Terebinsky 62
Ein Fall von Darierscher Krankheit, von Meschtscherski 68
Zur Kenntnis des „Leukoderma psoriaticum", von Anton Blumenfeld 118
Demonstration von Psoriasis vulgaris, von T. Ohkoshi 120
Demonstration von Impetigo contagiosa circinata, von S. Watanabe 120
Demonstration von Verrucae planae juveniles und Ichthyosis serpentina, von T. Orimo 120
Demonstration von Pityriasis rubra Hebrae, von A. Nakajima 120
Dariersche Dermatose, von Lipman-Wulf 159
Pityriasis rosea (?), von Saalfeld 160
Psoriasis und Lues, von Lipschütz 163
Akne teleangiektodes, von Kren 163. 168
Dermatitis exfoliativa generalisata, von Ehrmann 165
Nagelekzem, von Sachs 166
Pityriasis lichenoides, von Oppenheim 166
Psoriasis vulgaris nummularis, von Volk 167
Drei Fälle von Ichthyosis follicularis, verbunden mit Kahlheit, von J. M. H. Macleod 170
Ein Fall von Milium colloidale, von R. J. Pouget 172
Psoriasis vulgaris der Vola manus, von Piccardi 173

Seite
Favus am eigenen Körper, von Mibelli 173
Erythrodermie congénitale ichthyosiforme Brocq, von Terebinsky 204
Parapsoriasis, von Kndriawsky 206
Histologische Untersuchungen über Parapsoriasis Brocq. Ein Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Tuberkulide, von Giuseppe Verrotti 207
Über eine chronische verrukoide Dermatitis der unbedeckten Körperteile, von P. L. Bosellini 207
Parapsoriasis: eine hartnäckige maculo-papulöse Schuppen-Erythrodermie, mit Bericht über drei Fälle und den histologischen Befund, von William Thomas 212
Ekzema der Zehen, von E. Wood Ruggles 214
Ein chronischer, juckender Papelausschlag der Achseln und Pubes; dessen Beziehung zu Neurodermatitis, von John A. Fordyce 216
Ein Fall von Pemphigus, Tod im Kollaps, von Hermann G. Klotz 217
Über das gegenwärtige Verhalten der Trichophytie in der Provinz Parma, von G. B. Dalla Favera 220
Zur Radiotherapie des Herpes tonsurans, von R. Sabouraud 221
Ekzembehandlung mit Steinkohlenteer, von S. Werner 231
Zur Therapie des Ekzema ani, von Oscar Scheuer 231
Infantiles Ekzem mit Laktosurie, von M. Berend 231
Ein Fall von Dermatitis repens, von J. Wyllie Nicol 231
Drei Fälle von Parapsoriasis, von D. F. Veress 231
Favus, behandelt mit Bakterienimpfungen, von G. A. Persson 232
Primärer Favus am Skrotum, von E. Brezovsky 232
Ein Fall von Sykosis, wahrscheinlich hervorgerufen durch Gonokokken, von Edward F. Wright 232
Die Behandlung der Sykosis mit Vaccination, von L. Detre 233
Leukoplakie des Mundes bei einem Nichtluetiker und Nichtraucher, von Stancanelli 233
Die Behandlung der Akne vulgaris vom Standpunkt der Opsonintheorie 233
Behandlung der entzündlichen und varikösen Akne, von M. Delorge 233
Parapsoriasis, von Kudriawsky (Morosoff) 266
Sycosis barbae, von Bormann 266
Akne vulgaris unter Berücksichtigung der Behandlung, von Thomas Lowe ... 269
Abnorme Formen der Lichenifikation, von Brocq 355
Bullöse Purpura im Gefolge von Impetigo, von T. R. Whigham 404
Fall von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten, von J. H. Sequeira 405
Ein Fall von rezidivierender Paronychie und Bullae, von J. H. Sequeira 406
Die Behandlung juckender Dermatosen, besonders des Gewerbeekzems, mit unverdünntem Steinkohlenteer, von Benno Chajes 408
Psoriasis, lokale katalytische Applikation von Arsen, von Winkler 443
Akne conglobata, von Ehrmann 445
Pityriasis rosea, von Ullmann 449. 450
Favus, von Pachner 451
Dariersche Erkrankung in drei Generationen, von A. Pöhlmann 452
Zur Behandlung gewisser chronischer entzündlicher Hautkrankheiten, von Louis A. Duhring 455
Beitrag zum Studium der Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis, mit einer typischen und atypischen Beobachtung, von J. Nicolas und A. Jambon .. 456
Bemerkungen zur Arbeit von Dalla Favera über den augenblicklichen Stand der Trichophytie in Parma, von R. Sabouraud 457
Ein Fall von Pemphigus vulgaris abhängig von parenchymatöser Nephritis, von M. Werssilowa 463
Zwei Fälle von Acrodermatitis pustulosa continua, von J. de Azua 464
Akuter septischer Pemphigus, von Joseph Grindon 495
Seltene trichophytieartige Affektion der Kopfhaut: Folliculitis decalvans mit den Erscheinungen einer Akne pilaris, kompliziert mit Furunkulose, von Gastou und Payenneville 495
Über das Vorkommen von Hefepilzen bei zwei Fällen von Onychomykose von trichophytärem Aussehen, von Gastou und Loiselet 496
Polymorphe Akne mit strahlenförmiger Lokalisierung, von J. Nicolas und C. Laurent 496

Seite

Über eine Familienepidemie von Favus im Anschlufs an Impetigo und Phthiriasis, von Gaston und Payenneville 496
Weitere Bemerkungen über einen Fall von Akne cornea vegetans, von H. Hallopeau und François-Dainvill 497
Disseminierte, ulcerierte Tumoren von Sporotrichosis, von Balzer und Sevestre 498
Ein Fall von kongenitaler Erythrodermia ichthyosiformis ohne Blasenbildung, von L. Brocq und P. Fernet 498
Anormaler Beginn einer Psoriasis bei einer gichtischen Frau, von Panella..... 499
Pityriasis lichenoides chronica 543
Über atypische Pityriasis rosea, von Erich Kollecker 545
Ein Fall von Erythrodermia congenita partialis, von R. Schonnefeld......... 547

B. *Cutis.*

Grofser Nackenkarbunkel, geheilt durch hochfrequente Ströme, von Alexander J. Anderson 26
Der Erreger der Aleppobeule s. Orientbeule (Leishmania tropica), Histologie der Aleppobeule, von Ad. Reinhardt 34
Eine kurze Skizze über „Verruga peruana“, von James W. Allan 35
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verruga peruviana, von Bindo de Vecchi 35
Die Conjunctivaldiphtherie nach Röteln, von E. Weill und G. Mouriquand... 36
Ein Fall von Mykosis fungoides, von Ewald Lang 36
Zwei Fälle von Blastomykosis, von E. W. Ryerson.................................. 38
Hautblastomykose auf den Philippinen, von James M. Phalen und Henry J. Nichols 38
Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen, von v. Ruediger Rydygier (jun.) 38
Erfahrungen und Studien über Erysipelas, von Sörensen 39
Die Behandlung des Erysipels mittels Impfung mit spezifischer Vaccine, von George M. Ross und W. J. Johnsohn 39
Erworbene Elephantiasis, von Tischler.................................. 39
Ein seltener Fall von elephantiastischer Verdickung einer Extremität, nebst einem kasuistischen Beitrag zur autochthonen Elephantiasis, von Otto von Frisch 39
Über die Ätiologie der Noma, von A. D. Pawlowsky.................................. 39
Über zwei Fälle von fuso-spirillärer Symbiose, von U. Mantegazza........... 40
Stomatitis ulcerosa, von H. Grenet 40
Zur Ätiologie der Furunkulose, von Blum 40
Ein Beitrag zur Therapie des Ulcus molle, von L. Pollak 41
Ein ungewöhnlicher Fall von ulceriertem venerischem Bubo, von G. Mariani.. 41
Lichen planus der Schleimhaut der Unterlippe, von Saalfeld.................................. 60
Lichen ruber verrucosus der Unterschenkel, von Saalfeld.................................. 60
Lichen ruber pemphigioides, von Saalfeld 61
Blastomykosis genitalium, von Petersen 62
Wilsonscher Lichen am Thorax und am linken Arm. Verteilung der Elemente entsprechend dem Verlauf der Hautnerven wie beim Herpes zoster, von Minot 67
Mykosis fungoides mit Tumoren beginnend, von L. M. Pautrier.............. 67
Die klinische Gruppierung der auf den Philippinen beobachteten tropischen Ulcera nebst einigen Bemerkungen negativer Art über Ätiologie und Therapie, von G. R. Stitt 112
Über Gangosa nebst einigen Zusätzen, von O. J. Mink und N. T. McLean.... 112
Über chronische Geschwüre auf den Philippinen, von G. C. Shattuck 113
Framboesia tropica (Yaws, Pian, Bouba), von A. Castellani................. 113
Klinische und bakteriologische Studie eines Hautgeschwürs im Gesicht, von Dohi und H. Nakano.................................. 120
Demonstration von Mykosis fungoides, von K. Dohi.................................. 120
Beiträge zur Pathologie von Noma, von T. Ito 120
Lichen ruber verrucosus, von Lipschütz 163
Lichen ruber planus atrophicus, von Weidenfeld.................................. 163
Lichen ruber planus, von Müller 163
Pemphigus vegetans, von Kren 164
Impetigo herpetiformis, von Reitmann.................................. 164
Lichen ruber planus, von Lipschütz 167. 168
Über Botryomykosis des Menschen, von Truffi.................................. 173

Seite
Beitrag zur Histologie des Lichen planus der Schleimhaut, von Dalla Favera 173
Die Behandlung der Bubonen, infolge von weichen Schankern, nach Bier, von Tschumakow 174
Krankenvorstellung (Lichen ruber pemphigoides), von Rissom 204
Leukämische Tumoren der Haut, von Arndt 204
Lymphodermia perniciosa, von Arndt 204
Mykosis fungoides, von Blumenthal 204
Prämykotisches Exanthem, von Solowieff 205
Rhinosklerom, von Petersen 206
Blastomykosis der Haut, Mitteilung von zwei Fällen, wovon einer mit Allgemeininfektion und tödlichem Ende, von Edwin H. Schields 216
Allgemeine Aktinomykosis mit Bericht über einen Fall, von Henry Rockwell Varney 217
Über eine neue Form der Diskomykosis cutanea, von P. Ravaut und Pinoy .. 220
Ein dem Pemphigus vegetans ähnlicher Fall. Kasuistische Mitteilung, von K. Sakurane und T. Shiga 271
Lichen planus, von Darier 276
Über einen Fall von Lichen planus atrophicus der Kopfhaut und über die kurative Wirkung der Hochfrequenzströme, von Carlo Vignolo-Lutati 276
Bemerkungen zu einem Fall von Pustula maligna, von P. Mauclaire und F. Jacoulet 277
Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken des Erysipels, von Hecht und Hulles 277
Symptome und Diagnose des Erysipelas faciei 277
Rhinoskleromuntersuchungen, von M. Goldzieher und E. Neuber 277
Klinische Formen der Sporotrichosis Beurmanni, von H. Gougerot 277
Die Vaccinetherapie der Furunkulose, von A. Mauté 278
Die Furunkulose, von Albert Robin 278
Die Behandlung der Ulcus molle mit heifsen Spülungen, von A. Ruete 278
Ein wenig bekanntes Anwendungsgebiet für Jodkalium, von Alex. Renault ... 278
Schankröse Afterentzündung, von Paul Ravaut und Benjamin Bord 279
Sporotrichose, von de Beurmann (Vauckes) 355
Lichen ruber planus, von Dietz 357
Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus, von Whitfield 406
Entwicklung von Lichen planus auf einer Operationsnarbe und auf einer Brandnarbe, von Gaucher und Fouquet 407
Beiträge zur Kenntnis des Lichen nitidus, von G. Arndt 408. 493
Mykosis flexurarum, von Ullmann 449
Eine noduläre, in Ringform endigende Eruption (Granuloma annulare), von Grover W. Wende 455
Die Biersche Stauung bei einigen venerischen Erkrankungen, von F. Castelo. Drei Fälle von Bubonen 464
Serpiginöse Ulcerationen venerischen Ursprungs. Chronische Malaria, von J. de Azua 465
Mykosis fungoides, von Saweljew 491
Über einen Fall von Wilsonschem Lichen mit primärer Lokalisation an thermokauterisierten Stellen, von Hallopeau und François-Dainvill 497
Ulcerierende serpiginöse Dermatose mit multiplen Herden, ein Analogon zu den mit Coccidien verbundenen Dermatosen, von Brocq, Pautrier und Fernet 498
Ein Fall von Blastomykosis, von Curtis R. Day 502
Lichen planus auf der Mundschleimhaut, von Bendix 543
Sporotrichosis, von Arndt 543
Die Sporotrichosis de Beurmann und ihre Differentialdiagnose gegen Syphilis und Tuberkulose, von Robert Stein 546
Über Lymphogranuloma, von Hugo Hecht 547

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

Röntgenbehandlung gewisser Formen venerischer Bubonen durch unmittelbare Drüsenbestrahlung, von S. Reines 41
Die Technik eines wirksamen operativen Eingriffs zur Entfernung und Heilung oberflächlicher maligner Geschwülste, von Samuel Sherwell 41

Seite

Ein Fall von Pagetscher Krankheit, von Diwawin 41
Über die Rolle der Syphilis in der Ätiologie des Krebses, von Leontine Papianz 41
Eine Hautreaktion bei Carcinom durch subcutane Injektion von menschlichen roten Blutkörperchen, von Charles A. Elsberg 41
Das „Röntgencarcinom", von H. E. Schmidt 41
Sekundäre Hautcarcinomatose, von Juan de Azúa 42
Die Fulguration in Behandlung des Carcinoms, von Matagne 42
Hochfrequenzbehandlung des Krebses. Meine Behandlung maligner Tumoren mit Hochfrequenzfunken und -Strahlung, seitdem „Fulguration" genannt, von J. A. Rivière 42
Behandlung des Epithelioms der Haut und der Schleimhäute mit Radiumapplikationen, von Gaucher 42
Heilung eines Epithelioms der Lippen durch Röntgenstrahlen, von R. Terzaghi 43
Über das Oberflächenepitheliom der leukoplastisch veränderten Schleimhäute, von Reclus 43
Bericht über einen Fall von Sarkoid, von S. Pollitzer 117
Über die Sarcoma cutis, von H. Tsutsui 120
Beitrag zum Wesen der Pagetschen Krankheit, von J. Rosenberg 121
Xeroderma pigmentosum, von Kren 168
Über Sarcoma idiopathicum Kaposi, von Mariani 172
Multiple benigne Hautsarkoide unter dem Bilde eines Adenoma sebaceum, von Breda 173
Sarcoma haemorrhagicum multiplex, von Lesser 204
Epithelioma labialis inferioris, von Petersen 206
Cancer en cuirasse, von S. Pollitzer 215
Hautsymptome der Hodgkinschen Krankheit, von Jefferson D. Bloom 270
Behandlung der malignen Tumoren mit Hochfrequenzstömen, von J. A. Rivière 279
Fulguration und Cytolyse des Carcinoms mittels Hochfrequenzströmen, von J. A. Rivière 279
Fulguration und Chirurgie des Carcinoms, von M. C. Juge 280
Die moderne Behandlung der Hautepitheliome, von H. Bordier 280
Das Röntgencarcinom, von H. Coenen 280
Subkutane Sarkoide, von Darier 355
Seltene Hauttumoren, von Fasal 355
Endolymphatische, plexiforme, primäre und sekundäre Endotheliome der Haut, von Minne 357
Ein Fall zum Diagnostizieren, von H. R. Crocker 405
Ein Fall von Epitheliom der Zunge, von E. G. G. Little 405
Multiples benignes Sarkoid Boeck, von Nobl 444
Epitheliom und Tuberculosis verrucosa, von Lipschütz 447
Xeroderma pigmentosum, Symblepharon, von Scherber 447
Lymphosarcomatosis cutis, endothelartige, von Rusch 448
Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit Lingua scrotalis und Mifsbildungen der Zähne, von G. Rouvière 457

b) Benigne.

Fibromatosis lymphangiectatica und Neurofibromatosis, von Minne 23
Fibrom, von v. Hansemann 43
Ein Fall von Acanthosis nigricans, von Hugo Pribram 44
Beitrag zur Kenntnis der symptomatischen Xanthome bei chronischem Ikterus, von Oskar Posner 44
Zwei Fälle von Porokeratose, von T. Ito 120
Über Angiokeratom, von Sasakawa 120
Zwei Fälle von Angiokeratom, von J. Sakaguchi 120
Weitere Mitteilungen zur Lehre von den Xanthomen: die echten xanthomatösen Neubildungen, von L. Pick und Pinkus 160
Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea, von Ullmann 166
Experimentelle Untersuchungen über Molluscum contagiosum, von Sabella 173
Fibroma molluscum, von Iwanoff 205
Zur Kenntnis des disseminierten Spontankeloids, von Heinrich Trawinski .. 208
Xanthoma multiplex, von James Mac Farlane Winfield 214
Die Behandlung der Verrucae plantares, von L. Sutton 215

Seite

Lymphangioma pseudoxanthomatosum, von William S. Gottheil 218
Über Angiokeratoma Mibelli, von Guszmann 355
Fibroma molluscum cutis multiplex, von Recklinghausensche Krankheit, von Minne 357
Ein Fall von Urticaria pigmentosa bei einem zehnjährigen Mädchen, von J. L. Bunch 404
Ein Beispiel von der Wirkung der Röntgenstrahlen auf Narbenkeloid, von J. H. Sequeira 405
Ein Fall zum Diagnostizieren (Urticaria pigmentosa?), von E. G. G. Little 405
Acanthosis nigricans, von Petrini 407
Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Keloide, von Franciszek Krzysztalowicz 410
Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea, von Nobl 443
Xanthoma palpebrarum, von Fasal 449
Multiple Angiome, von Weidenfeld 450
Morbus Recklinghausen, von Schramek 450
Molluscum contagiosum, von Lipschütz 451
Drei Fälle von Syringocystadenom: Ulceration des einen, von J. de Azua...... 465
Beitrag zum Studium der Urticaria pimentôsa, von Pelagatti 498

c) Pigmentanomalien.

30 Fälle von Mongolenkinderflecken, von Aurel Koôs 44
Morbus Addisonii als Familienkrankheit, von D. H. Croom 44
Über Bronzediabetes und Pigmentcirrhose, von Simmonds 45
Schwarzbraune Pigmentierungen, von Jacobsohn 60
Addisonsche Krankheit, von Jacobsohn 60
Addisonsche Krankheit im Kindesalter, von Sarah Finkelstein 280
Fall von möglicher beginnender Addisonscher Krankheit, von J. Souttan M'Kendrick 281
Der Stoffwechsel bei Morbus Addisonii in Beziehung zur Organotherapie, von Capezzuoli 281
Retroperitoneale, den Plexus coeliacus umschliefsende Sklerose und Addisonscher Symptomenkomplex, von Debove 281
Ein neuer Symptomenkomplex: Bronzediabetes mit atypischer multipler Sklerose und Haemochromatose der Cornea, von R. Romme 282
Über Mongolenflecke, von Martinotti 499

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

Behandlung des Lupus erythematodes nach der Holländerschen Methode, von Poirier 23
Kahlheit bei den Navajo- und Hopi-Indianern, von Charles W. Sult 26
Ein Fall von Mykosis fungoides, von Bogrow 27
Die Hämorrhoiden und ihre Behandlung, von Luigi Maramaldi 45
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins auf das Narbengewebe, von W. Brandenburg 45
Beitrag zur Ulcus cruris-Therapie, von Rudolf Mittler 45
Behandlung des varikösen Ulcus mittels Beinschiene, von J. B. Murphy 45
Die Alopecien, von Jeanselme 46
Ein Beitrag zur Onychogryphosis symmetrica congenita et hereditaria, von G. Koehler 46
Myxödem mit infantilem Idiotismus, von G. Hainiss 46
Vitiligo, ein neues Instrument zu deren Behandlung und zur Beseitigung entstellender Narben und Tätowierungen, von M. L. Heidingsfeld 46
Ein Fall von Sklerodermie in Streifen und Herden, von J. S. Covisa 46
Vitiligohöfe um Naevi, von Jacobsohn 60
Lupus erythematodes, von Saalfeld 61
Demonstration von Lupus erythematosus, von M. Mine 120
Sklerodermie, von Fasal 162
Akrodermatitis atrophicans, von Nobl 164
Sklerodermie en plaques, von Müller 165
Lupus erythematosus, von Kren 168
Lupus erythematodes, von Kren 168

Seite
Idiopathische Hautatrophie, von Königstein 168
Ein Fall von Pseuda-area Brocq, von Montesano 173
Ein Fall von universellem Sklerom mit Sklerodaktylia mutilans, von Meschtscherski 174
Ein Fall von Atrophia maculosa cutis, von Lewtschenkow 174
Hautatrophie mit Sklerodermie, von Halle 204
Sklerodermie, von Solowieff 206
Über den Mechanismus der Hautatrophie, von Terebinsky 206
Über die Beziehungen des akuten Lupus erythematodes (Erythema perstans faciei) zur Tuberkulose, von R. Polland 207
Tuberkulide in Beziehung zu allgemeiner Tuberkulose, von A. Ravogli 213
Ein Fall von Sklerodermie mit Veränderungen der Kopfhaut, während die Haare unversehrt bleiben, von G. Rouvière 221
Hartnäckiger Fall von Ulcera varicosa ekzematosa, von Oscar Rotter 270
Alopecia areata, von Dockrell 282
Die Behandlung des Unterschenkelgeschwüres mit Zinkleimverbänden, von Frank 282
Behandlung des varikösen Geschwürs, von M. Delloye 282
Über Atrophia cutis idiopathica progressiva, von Seifert 282
Über Behandlung der Alopecie mit ultravioletten Strahlen, von Georg Joachim 282
Lupus erythematodes nach Tuberkulininjektionen gebessert, von E. Brezovsky. 283
Lupus erythematodes, von Jadassohn 354
Therapie des Lupus erythematodes, von Malcolm Morris 354
Lupus erythematodes, von Ullmann 354
Hautatrophien, von Finger (Oppenheim) 355
Pilocarpin und Alopecie, von L. Bizard 362
Ein Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little 404
Acne varioliformis bei einem 37jährigen Manne, von T. Colcott Fox 404
Alopecia, Folliculitis decalvans, von Ehrmann 445
Folliculitis decalvans, von Grünfeld 445
Idiopathische Hautatrophie, von Rusch 448. 449
Lupus erythematodes, von Ehrmann 450
Herdförmige, oberflächliche, multiple Sklerodermie ohne Infiltration mit Übergang zur Atrophie der Haut, von L. Brocq und P. Fernet 498
Idiopathische Hautatrophie, von Blaschko 543

E. *Idioneurosen.*

Der essentielle Pruritus, von Gaucher 283
Pruritus universalis nebst Pyloruscarcinom, von B. Leopold 338

F. *Trophoneurosen.*

Fall von trophischen Läsionen bei einem vierjährigen Knaben, von J. L. Bunch 404

G. *Saprophyten und Fremdkörper.*

Über die Erkrankung der Lidhaut des Menschen bei Invasion von Demodexmilben, nach Befunden an Augenlidern von Trachomkranken, von H. Herzog..... 47
Über die Myiosis der Harnwege, von René Chevrel 47
Myositis ossificans progressiva bei einem vierjährigen Knaben, von Peteri und Singer 47
Über die Pathogenese der sogenannten „Maculae caeruleae“ von G. Ciuffo 48
Über „Creeping disease“ im Alexandriskschen Kreise des Chersonschen Gouvernements und über ihre Ätiologie, von P. E. Wosstrikow und S. L. Bogrow 68
Das Vorkommen einer wuchernden Cestodenlarve (Sparganum proliferum) beim Menschen im Staate Florida, von C. W. Stiles 112
Über Filariasis. Blutbefunde, Harnuntersuchung und Nierenfunktion, von T. Tanaka 113
Tropische Formen von Pityriasis versicolor, von A. Castellani 113
Tinea intersecta, von A. Castellani 114
Bemerkungen über Tinea imbricata und deren Behandlung, von A. Castellani 114
Über die Ursache der Maculae caeruleae, von M. Oppenheim 118
Textilfasern in der Cutis, von R. Brandeis 172

Seite

Ein Fall von geheilter akuter Lysolvergiftung, mit im Verlaufe derselben aufgetretenem Emphysema subcutaneum der linken Fossa supraclavicularis, nebst allgemeinen Bemerkungen über Lysolvergiftung, von Josef Eiselt... 338
Über familiären Ikterus, von Richard Rosenfeld........................ 338
Histologische Untersuchungen einer durch Filaria volvulus erzeugten subcutanen Wurmgeschwulst, von Erich Hoffmann und Ludwig Halberstädter.. 365
Ein letal verlaufender Fall von Icterus neonatorum — mikroskopische Veränderungen an der Leber, von G. Carpenter........................... 404

H. *Mifsbildungen.*

Naevus verrucosus zoniformis unilateralis, von Morelle 23
Die Entfernung der kongenitalen Naevi, von Charles Miller................ 26
Entfernung eines Gesichtsnaevus, von T. W. Curry 48
Über einen Fall von Schwimmhosennaevus, von Hugo Fasal................. 48
Die kongenitalen Hauteinstülpungen am unteren Leibesende, von Paul Klemm 48
Behandlung der Hypertrichosis mit X-Strahlen, von John Donald............ 48
Seltene Atheromformen, von Waldemar Zimmermann.................... 49
Multiple hereditäre hämorrhagische Teleangiektasien, von Frederic M. Hanes 65
Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum congenitale, von Ch. Audry.... 67
Bemerkungen über eine palliative Behandlung der Elephantiasis, von A. Castellani 113
Über Naevus anaemicus, von W. Fischer 118
Erklärung zu den Bemerkungen Solgers in Nr. 7 des Centralbl., von Ernst Diesing.. 119
Demonstration von Naevus systematicus und Keratosis follicularis, von J. Jida. 120
Adenom, Hypertrophie der Talgdrüsen oder Naevus sebaceus, von Lipschütz .. 167
Über das sogenannte „Adenoma sebaceum" (Pringle), den Naevus fibromatosus angiectaticus symmetricus des Gesichts, von Pasini 173
Naevus angiomatosus papill. pilaris, von Goworoff.......................... 204
Über einen Fall von Naevus lichenoides albus colli, von Joh. Fabry.......... 207
Ein eigenartiger Fall von Naevus ad genitale et ad anum (Naevus xanthelasmoides), von O. Müller... 207
Über Gruppenstellung der Haare in weichen Naevis, von Leonardo Martinotti 211
Beitrag zur Naevuslokalisation, von Felix Pinkus 267
Naevi gleicher Lokalisation bei drei Generationen, von B. Solger............. 269
Neger-Albinos, von Harvin Cooper Moore............................. 270
Maligne Entartung eines Naevus, von Dubois-Havenith.................. 357
Tabes, von Duhot.. 357
Zur Frage der Ätiologie der „Cutis verticis gyrata" (Unna), von Pospelow ... 363
Weifse Barthaare auf einem Naevus verrucosus pigmentosus, von M. Schein... 365
Alopecia congenita circumscripta, von Leiner............................. 446
Naevus unius lateris, von Grünfeld 446
Cutis capitis gyrata, von Oppenheim...................................... 447
Cutis verticis gyrata, von Bogrow... 491

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über das Verhalten der elastischen Elemente in den carcinösen Körpern der Sexualorgane, von J. Rothfeld 49
Die Urogenitalkomplikationen des Typhus, von E. J. G. Beardley 49
Die Tuberkulose der Genitalorgane des Mannes............................. 50
Zur Diagnose und Therapie der Tuberkulose der Harnwege, von Naegeli, Akerblom und Vernier.......... 50
Die beiden Arten von Incontinentia urinae und ihre Behandlung, von Mentzikovsky 50
Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane, von B. Cholzoff.................................. 119
Über hysterische Dermatosen und einen Fall von Purpura annularis teleangiectodes Majocchi, von Vignolo-Lutati........... 172
Die neuere Entwicklung des Katheters, von H. T. Herring................. 174
Beiträge zur Kasuistik der Myome der Harnwege, von Rudolf Paschkis 174

Seite

Geschlechtskrankheiten und das Sehorgan, von Hirschberg 175
Wahl der Sonden, von Noguès 175
Incontinentia urinae bei Kindern, von Courtade 175
Inkontinenz hysterischer Natur, von Noguès 175
Über sexuelle Träume, von L. Loewenfeld 222
Hermaphroditismus beim Menschen, von Max Marcuse 222
Darwins Bedeutung für die Sexualwissenschaft, von K. F. Jordan 222
Erworbene Geschlechtskrankheiten bei Kindern, von Flora Pollack 269
Einige praktische Beobachtungen beim Gebrauch des Katheters, von Howard Coutcher 269
Eine Fehldiagnose und fehlerhafte Behandlung in der Chirurgie der Geschlechtskrankheiten, von Charles F. Wahrer 270
Kasuistische Mitteilungen, von Arnold Heymann 360
Verhandlungen des ersten Tages des zweiten Kongresses für Urologie 360
Studien zur Pathologie der Blennorrhoe und der anderen bakteriellen Infektionskrankheiten der Geschlechtsorgane, von Picker 360
Beitrag zu den Mykosen der Harnwege, von Wossidlo 360
Über Vaccinetherapie bei bakteriellen Erkrankungen der Harnorgane, von Schneider 360
Die Leukokeratose der Genitalien beim Manne, von W. Dubreuilh 361
Die Dauererfolge der mittels Boarischen Knopfes ausgeführten Uretero-Cysto-Neostomie in Italien, von Boari 362
Das gegenseitige Verhältnis der Genitalien zu den Magenleiden, von O. Vértes 366
Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung, von J. Sadger 366
Incontinentia urinae infantum 366
Zwei Jahre der dermosyphilitischen Klinik Pavia (Dir. Mantegazza). II. Teil: Die venerischen Krankheiten 498
Kasuistik der Incontinentia urinae, von Lohnstein 501
Kasuistisches und Instrumentelles, von Kneise 501
Diagnostischer Wert abnormer Harnentleerung und die Schmerzen bei Krankheiten des Urogenitalapparates, von Arthur C. Stockes 502
Klinischer Bericht über 420 persönliche Beobachtungen aus der Chirurgie der Harnwege, von Roberto Binaghi 548

a) Penis, Urethra und Blase.

Über Vesicurin, ein neues Spezifikum gegen Erkrankungen des uropoëtischen Systemes und gegen Cystitis, von Anton Regenspurger 51
Das Aniodol in der Urologie. Experimentalstudie von Girolamo li Virghi... 51
Beitrag zur internen Therapie der Harnkrankheiten, insbesondere mit Cystopurin, von Georg Haedicke 51
Ein merkwürdiger Fall von Phimosis, von Andrew M'Kaig 51
Zur Therapie der Phimose, von Julius Petrivalsky 52
Ein Fall von totaler Epispadie der Urethra, von Max Jerusalem 52
Oedema dorsi Penis, von M. Wohl 52
Vollständige Harnröhrenzerreißung; Urinretention. — Urethrorraphie, von Pedro Cifuentes 52
Zur Technik der intravesikalen Operation von Blasentumoren, von F. Böhme.. 64
Beitrag zur klinischen und bakteriologischen Untersuchung über die Cystitis, von Tomaharu Tanaka 65
Beiträge zur Irrigationsurethroskopie, von Dreyer 65
Die Überlegenheit der Urethrotomia externa bei Harnröhrenverengerungen, von Hiram B. Stout 65
Zur Behandlung schwerer Harnröhrenstrikturen, von J. Cohn 69
Zur Kasuistik der Harnröhrendivertikel, von Ernst Eitner 69
Eine Modifikation der Urethrotomia externa bei der Behandlung der Zerreißungen und Strikturen der männlichen Harnröhre, von Eugen Bircher 69
Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra, von H. Goldschmidt 70
Phosphatstein der hinteren Harnröhre, von E. F. Kilbane 70
Eine Tuchnadel in der Harnröhre eines Mannes, von B. Clark Hyde 70
Die latenten Blasentumoren, von F. Legueu 70
Blasencarcinom. Partielle Cystektomie. Heilung, von Duhot 71
Die Erkrankungen der Harnblasenmuskulatur, von P. Asch 71

Seite
Über Diagnose und Therapie des Blasenkatarrhs bei der Frau, von F. Fromme 71
Über ein gutes Adjuvans bei der Behandlung der Cystitis, von R. Ullmann... 71
Zur transperitonealen Eröffnung der Blase, von Ruediger-Rydygier........ 71
Blasennaht mit tiefen Knopf- und oberflächlichen Schnürnähten, von v. Hacker 71
Über den Einfluſs des Fibrolysins auf die Beseitigung von Harnröhrenstrikturen, von Trautwein.. 119
Heilung einer chronischen hartnäckigen Cystitis durch Kurettement der Blase per vias naturales, von Francesco Purpura.......................... 119
Über die Wirkung von Euguformlebertran bei der Cystitis tuberculosa, von S. Inouye... 120
Zwei Fälle von Harnröhrendivertikel, von T. Sato 120
Über ein neues Cystoskopsystem, von Otto Ringleb........................ 174
Die Wahl der Cystoskope, von Pasteau 175
Die Cystoskopie bei Cystitiden, von Pasteau.............................. 175
Quer verlaufender Blasenschnitt, von Papin und Gernez.................... 175
Instrument zum Auseinanderhalten der Blasenwände bei der Operation von Blasenscheidenfisteln, von Pasteau 175
Die Behandlung der Blasenneuralgien, von Courtade....................... 175
Vesikale Retentionen, die nicht durch ein mechanisches Hindernis bedingt und nicht von Affektionen des Nervensystems abhängig sind, von Nogués und Albarran 175
Ionisierung bei Cystitiden, von Courtade 175
Leukoplakie der Blase, von Albarran.................................... 175
Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse, von Paul Charles Petit.. 177
Über die Wirksamkeit einer prolongierten Behandlung gegen die Rezidive der Harnröhrenstrikturen, von Genouville 177
Seltene Ursache von Blutungen aus der Urethra, von Seifert................ 209
Eine Dermoidcyste am Frenulum praeputii. Kasuistische Mitteilung, von Y. Fukushima 270
Über Teleangiektasien der Harnblase, von Robert Bachrach................ 271
Radikaloperation einer totalen Blasenspalte durch Implantation der Ureteren in die Flexur, von Hirschmann 358
Beitrag zur klinischen und bakteriologischen Untersuchung über die Cystitis, von Tanaka 358
Ein neueres Verfahren der Harnröhrenmassage, von Sellei.................. 358
Irrigationscystoskopie, von Lohnstein 360
Diagnostik und Therapie der chronischen proliferierenden Urethritis, von Goldschmidt 360
Hyperämische Behandlung der Harnröhre mit heiſsen Sonden, von Porosz..... 360
Die tuberkulösen Strikturen der Harnröhre, von Asch 360
Das Cystoskop nach 30 Jahren, von Ringleb................................. 360
Doppelkatheter für Irrigation und Drainage, von Harvey A. Moore.......... 366
Gewöhnliche Irrtümer bei der Behandlung von Harnröhre und Blase, von James Pedersen 366
Balanitis erosiva und gangraenosa, die vierte venerische Krankheit, von B. C. Corbus und Frederik G. Harris................................... 367
Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von T. L. Hazzard................ 367
Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra. Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von H. Goldschmidt 367
Eine Frage zur externen Urethrotomie, von C. Posner 367
Entfernung einer Wachskerze aus der Harnblase mittels Benzin, von Franz Weisz.. 367
Chorionepitheliomähnlicher Harnblasenkrebs mit gleichartigen Metastasen bei einem Manne, von F. Venulet.. 368
Implantationscarcinom in der Harnblasenschleimhaut, von Seizo Suzuki...... 368
Pathologie und Therapie der Blasentumoren, von V. Blum 368
Ein Fall von Pfortaderthrombose verbunden mit Harnröhrenstriktur und doppeltem Mitralklappenfehler; letale Hämatemese, von H. Curtis und T. W. P. Lawrence.. 405
Tumor des vorderen Harnröhrenteils, von E. Loumeau....................... 459
Behandlung der schweren Formen von Hypospadie und Epispadie mit Tunnelisierung und Transplantation, von G. Nové-Josserand 459

Seite

Über idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leukoplakia penis, von Victor Pflanz ... 492. 545
Über Pyelographie und Biocystographie, von v. Lichtenberg ... 500
Diphallus beim Menschen und beim Rinde, von Heller ... 500
Bilder der hinteren Harnröhre, von Goldschmidt ... 500
Hämangiome der Harnblase, von Thunnin ... 500
Photographien der Urethra posterior, von Kropeit ... 500
Blasengeschwülste, von Zuckerkandl ... 500
Über Endoskopie der Urethra, von Rothschild ... 501
Blasentumoren, von Berg ... 501
Interessante Blasensteinfälle, von Weiss ... 501
Zur totalen Blasenexstirpation, von Strauss ... 501
Über Differentialdiagnose der Blasensteine, von Goldberg ... 501
Über Malakoplakia vesicae, von Berg ... 501
Blasensteine, von Born ... 501
Klappenbildung am Blasenhals nach Entfernung eines Blasensteins, von Böhme 501
Zur Bestimmung der motorischen Suffiziens der Blase, von Strassmann ... 501
Über cystoskopische Befunde nach gynäkologischen Operationen, von Fulgowski 501
Über eine Urethroskopkürette mit galvanokaustischer Vorrichtung zur Zerstörung von Urethraltumoren, von Lohnstein ... 501
Zur Frage der chirurgischen Intervention bei Schufsverletzungen der Harnblase, von Trikanadze ... 501
Ein Polyp der Harnblase als Steinkern bei Bilharzia, von Pfister ... 501
Wert der Cystoskopie, von Starling Sullivan Wilcox ... 502
Die Ureterenblasenmündung, von Byron Robinson ... 502
Über angeborene Verengerungen der Harnröhre des Mannes, von Josef Englisch 548
Vergleichende experimentelle Studie über den Wert der Urethrotomia interna und den Wert der gewaltsamen Zerreifsung, von Tébaldo Cimino ... 549

b) Hoden und Samenblasen.

Rückblick auf frühere Behandlungsarten von Spermatorrhoe und Impotenz, von Thaddeus H. Williams ... 65
Neue Tatsachen über die Ätiologie der sexuellen Neurasthenie bei Männern, von Michailow ... 72
Ein seltener Fall von perverser Sexualbetätigung, von Oscar Aronsohn ... 72
Zur Sterilität nach bilateraler Epididymitis, von A. Emödi ... 72
Epididymitis sympathica (Porosz) und nicht Epididymitis erotica (Waelsch), von Moriz Porosz ... 73
Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, von J. Farkas ... 73
Sarcoma giganteum des linken Hodens bei einem sechsjährigen Knaben, von Pablo Lozano ... 73
Eitrige Epididymitis durch Bacterium coli, ein Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen, von Ercoli ... 173
Eine neue Methode der Hydrocelenbehandlung mit Magnesiumdraht, von Vincenzo Marcozzi ... 176
Hypospadie, von Ernest Hall ... 270
Untersuchungen über das menschliche Sperma, von Karl von Hofmann ... 271
Zur Frage über die Pathogenese und Behandlung der Impotenz, von Zdanowitz 359
Über Colliculushypertrophie und Colliculuskaustik, von Orlowski ... 359
Die Tuberkulose und die Tuberkulose des Hodens, von Asch ... 359
Der Symptomenkomplex der rezidivierenden Nebenhodenentzündung, von Picker 360
Die operative Behandlung der Tuberkulose der Vasa deferentia und der Samenblasen, von Choltzoff ... 360
Zur Naht des Ductus deferens, von Enderlen ... 501

c) Prostata.

Ein Fall von multiplen Steinen der hypertrophierten Prostata, von Choltzoff. 65
Zur Anatomie und Pathologie der Prostata, von H. Feleki ... 73
Ein weiterer Beitrag zum Studium der Prostata mit Beziehung auf die Heilbarkeit der Blennorrhoea, von A. L. Wolbast ... 73
Die Symptomatologie der Prostatitis, von William Cullen Bryant ... 74

Seite

Zur operativen Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis, von P. v. Wichert 74
Zur Kenntnis des Prostatasarkoms, von Wolfgang Veil 74
Einige Bemerkungen über die transvesikale Prostatektomie, von Duhot 74
Erfahrungen über Prostatektomie, von Alfred Cahn 74
Technik der suprapubischen Prostatektomie, von G. Kolischer 74
Über die Adrenalintherapie bei Harnretention durch die Prostatahypertrophie, von T. Ohno 120
Über die Analogie, die zwischen heterotopischen Schmerzen bei chronischer Prostatitis und den Schmerzpunkten bei gewissen Formen der chronischen Metritis besteht, von Egisto Magni und Piero de Favento 174
Prostatastein im Gewicht von 320 Gramm, von Carlo Ravasini 175
Behandlung der Prostataabscesse, von Nogués, Pasteau und Albarran . 175. 176
Prostatasteine, von Pettit 176
Prostatektomie bei Prostatahypertrophie, von Porro 176
Prostatacarcinom von Motz und Majewski 176
Prostatektomie und sexuelle Funktionen, von Papin 176
Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels des Irrigationsurethroskops, von Hans Goldschmidt 176
Prostatahypertrophie, von Worcester A. Bryan 269
Zwei Fälle von osteoplastischem Prostatacarcinom, von George Blumer 270
Über Prostatahypertrophie, von T. Kitagawa 271
Zur Diagnose der Prostatatumoren, von Hock 501
Warum ist die faradische Behandlung der Prostatiden der Massage überlegen? von Porosz 501
Operation der Prostatahypertrophie. 600 Fälle von totaler Enukleation, von P. Johnston Freyer 502
Die entzündliche Histo- und Pathogenese der Prostatahypertrophie, zugleich Erwiderung auf die Einwände gegen die entzündliche Ätiologie, von Alfred Rothschild 548

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Fall eines ungewöhnlich kurzen Ureters, von Winfield Ayres 25
Der Wert der Harnuntersuchung in der Dermatologie, von Henry R. Harrower 25
Über renalpalpatorische Albuminurie, von A. Seelig 64
Ein Beitrag zur Kenntnis der Cystenniere bei Erwachsenen, von Brongersma. 64
Beitrag zur Frage der konservativen Behandlung der Frühstadien der Nierentuberkulose bei Kindern, von Leedham-Green 65
Ein Fall von tuberkulöser Niere mit doppelten Ureteren, von Einar Rey 65
Primäres Carcinom des rechten Ureters, von J. Richter 65
Nierentuberkulose, von Eugene Saint Jacques 65
Decapsulation der Niere und chirurgische Behandlung der Brightschen Krankheit, von Isaac Levin 65
Der Urin bei Kinderkrankheiten, von John Lowett Morse und Browson Crothers 74
Der Harn vom Standpunkt der Klinik, von Semal 75
Soll man Tee, Kaffee und Schokolade bei Leuten, deren Harn spontan Harnsäure ausscheidet, verbieten? von Alfred Martinet 75
Anurie bei Douglas-Absceſs, von A. v. Khautz jun. 75
Über den Wert zweier neuer Eiweiſsproben, von Wolpe 75
Über alimentäre Albuminurie, von Alfred C. Croftan 76
Beiträge zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie, von Alfred v. Decastello 76
Erklärung der sogenannten physiologischen Albuminurie, von L. Török 77
Physiologische und orthostatische Albuminurie, von B. Vas 77
Der Mechanismus der orthostatischen Albuminurie und Oligurie, von G. H. Lemoine und G. Linossier 78
Die orthostatische Albuminurie, von Josef Caranfilian 78
Über Albuminuria orthostatica, von L. Siciliano 78
Über lordotische Albuminurie, von Hugo Nothmann 78
Orthopädischer Apparat zur Verminderung der lordotischen Albuminurie, von Karl Preleitner 79

Seite
Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Chylurie, von V. Lalle 79
Hämoglobinurie und Hämolyse, von Julius Donath und Karl Landsteiner 79
Beiträge zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie, von E. Graefe und Leo Müller 79
ber Oxalurie und Phosphaturie, von V. Zoepffel 79
Vorläufige Notiz über Stärke im Urin, von Ira S. Wile 80
Zum gegenwärtigen Standpunkt der Nierendiagnostik und Nierentherapie, von Georg Berg 80
Anurie mit Nekrose der gewundenen Harnkanälchen in den Nieren, von E. P. Weber 80
Einige Erscheinungen bei durch Nephrolithiasis bedingter Anurie, von F. S. Watson 80
Doppelniere mit Pyelonephritis der einen Hälfte, von V. Dumitreanu 81
Uropyonephrose infolge einer Striktur des Harnleiters, von Duhot 81
Der diagnostische Wert des Harnleiterkatheterismus, von Simon L. Elsner ... 81
Ein Fall von interessanter Harninfiltration, von S. Nakano 120
Experimentelle Beiträge zur Ureterchirurgie, von Esau 175
Die Form des Ureters beim Fötus und beim Neugeborenen, von Gérard 175
Die Steine des Ureters, von Pappa 175
Die Radiographie der Ureteren und der Nierenbecken, von Ertzbischof und Albarran 175
Intra vitam diagnostizierter Fall von Lagerung beider Nieren auf einer Seite, von Albarran 175
Ein weiterer Fall von intra vitam diagnostizierter überzähliger Niere, von Calabrese 176
Die Palpation des Ureters im Beckeneingang, von Domenico Taddei 178
Nierencarcinom, Exstirpation, Heilung, von Pillet 178
Klinische Bedeutung der Hämaturie, von Edward A. Balloch 269
Die Anzahl der Ureteren beim Manne — komplette unilaterale Duplizität, von Byron Robinson 270
Die physiko-chemische Untersuchung für die funktionelle Nierendiagnostik vor der Operation durch den Ureterkatheterismus, von T. Tanaka 271
Pyonephrosis gravidarum, von Karaffa-Korbut 271
Radikaloperationen bei Nierenaffektionen, von Dante Pollara 271
Die Bilharziakrankheit der Harnorgane, von Maurice Letulle 272
Hämaturie bei Frauen, klinischer Vortrag von Thumin 358
Zur Operation der cystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes, von Wulff .. 358
Bemerkungen zu dem Artikel Blums: „Die medizinische und chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose, von Goldberg 359
Zur Kasuistik der Nierenbeckengeschwülste, von Paschkis 359
Der praktische Wert der funktionellen Nierenuntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen der Nieren, von Unterberg 359
Beitrag zur Frage des Urobilins, von Tefik und Ibrahim 359
Ureterencystoskop als Operationscystoskop, von Schlagintweit 360
Erwiderung auf die vorstehende Arbeit, von Blum 360
Die Anomalien der Niere und des Ureters vom chirurgischen Standpunkte aus, von E. Papin 362
Tuberkulöse Infektion der Operationswunde nach Nephrektomien, die wegen Tuberkulose vorgenommen worden sind, von V. Rochet 362
Die Nephritis impetiginosa, von L. Duvernay 368
Behandlung der Uretero-Pyelonephritis. Zwei sehr interessante Fälle geheilt durch Nephrotomie, von M. González Tanágo 368
Pathogenese und Behandlung der Anurie, von Hermann Kümmell 369
Drei Fälle von Harnretention infolge von indirektem Trauma der Wirbelsäule, von Oreviceanu und M. O. Iliescu 369
Heilung der Anuria calculosa ohne blutige Operation, von Dieulafoy 369
Die orthostatische Albuminurie, von Linossier und Lemoine 370
Orthostatische Albuminurie und Scharlachnephritis, von Stephanie Weiss-Eder 370
Chylurie und Diabetes, von A. Magnus-Levy 370
Ein Fall von Chylurie und Glykosurie, von Fritz Brandenberg 370
Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Harnzuckers, von H. Citron . 371
Initiale Hämaturie, von Virghi 371
Die Hämaturien bei der Wanderniere, von Gustave Gautier 371

Seite

Über paroxysmale Hämoglobinurie (künstliche, hämatologische and serologische Untersuchungen), von Erich Meyer und Emil Emmerich 371
Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämolyse „in vitro“, von R. Romme 373
Ein seltener Fall von Urinretention, von F. Weiss 373
Über die von J. Tsuchiya angegebene Methode zur Bestimmung von Eiweifs im Harn, von Lilli Meyer-Wedell und O. Schumm.................... 373
Über flüchtige Albuminurien, von Julius Schreiber 373
Über chronische intermittierende Albuminurien als Nachkrankheit infektiöser Nephritiden, von Hermann Eichhorst.............................. 374
Untersuchungen über die Hämolyse bei der paroxysmalen Hämoglobinurie, von A. A. Hijmanns van der Bergh.. 374
Glukosimeter. Skala Zeehandelaar 375
Kritik zur Harnzuckerbestimmung mit dem Glukosimeter nach Zeehandelaar, von Felix Goldmann 375
Zur Untersuchung das Harnzuckers mit dem Glukosimeter, von Zeehandelaar 375
Über die Anatomie des Nierenbeckens, von Papin und Albarran............ 457
Über gewisse Punkte der Anatomie der Niere, von Papin und Albarran 457
Die Muskelfasern der Niere, von Pettit 457. 458
Transplantation der Niere, von Papin 458
Einflufs einer kranken Niere auf die Niere der anderen Seite, von Maugeais und Albarran 458
Kompensatorische Hypertrophie einer Niere bei Erkrankung der anderen Niere, von Albarran 458
Einflufs der Tuberkulose einer Niere auf die Niere der anderen Seite, von Albarran 458
Ausscheidung von Blut durch die Niere, von Pettit und Meyer 458
Anurie, von Albarran... 458
Anurie, von Ertzbischoff 458
Anurie, von Papin 458
Hydronephrosen, von Albarran... 458
Nierentuberkulose, von Albarran 458
Behandlung der Pyonephrosen, von Albarran 458
Nierensteine, von Ertzbischoff 458
Polycystische Niere infolge von Steinbildung, von Pousson 458
Hämaturien bei Nierensteinen, von Albarran............................... 458
Pyelotomie, von Albarran 458
Steinbildung in beiden Nieren, von Albarran 458
Hämaturie bei Wanderniere, von Gaucher.................................... 458
Renale Schmerzpunkte, von Pasteau 458
Lagerung der Kranken bei lumbalen Nierenoperationen, von Pasteau 458
Perinephritische Abscesse intestinalen Ursprungs, von Albarran 458
Die technischen Verfahren zur Entkapselung der Nieren, von Ertzbischoff... 458
Die stickstoffhaltigen Bestandteile des Harns und die Bestimmung ihres Stickstoffverhältnisses, von A. Desmoulière 458
Nierensteine auf natürlichem Wege abgegangen, von Stefanesco Galatzi 459
Der chirurgische Eingriff bei Schufswunden der Niere, von Clément.......... 459
Über 126 Fälle operierter maligner Nierentumoren, von Arthur Bloch 462
Kann die Nierentuberkulose bisweilen spontan ausheilen?, von G. Ekehorn.... 462
Anatomischer und histologischer Bericht über eine Niere, an der neun Jahre zuvor die Nephrolithotomie ausgeführt worden war, von Giorgio Nicolich 462
Über Ureterencystoskope, von Otto Ringleb 462
Die eitrigen, nicht tuberkulösen Affektionen des Nierenbeckens, von Barth 500
Zur Ätiologie der renalen Hämaturie, von v. Frisch........................ 500
Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit des Harns, von Loewenhardt . 500
Über die Nierentätigkeit und ihre Beziehungen zur funktionellen Diagnostik, von Oppenheimer 500
Zur Bewertung der Indigokarminmethode für funktionelle Nierendiagnostik 500
Über den Einflufs einer Nierenerkrankung auf die Zuckerauscheidung beim Diabetes, von Litthauer... 500
Zur Lokalisationsdiagnose der Nierentuberkulose, von Hottinger 500
Tuberkulin gegen Nierentuberkulose, von Pielecke 500
Beiträge zur Ureterenchirurgie, von Latzko 500
Über Carcinome des Nierenbeckens, von Blum 500

Seite

Über 126 Fälle von Prof. Israel operierter Nierentumoren, von Bloch 500
Die Behandlung unfreiwilliger Ureterläsionen und -Unterbindungen, von Kroenus 501
Über Nephrolithotomie oder Pyelotomie, von Zondok 501
Über röntgenographisch positive, operativ negative Nierensteine, von Strauss.. 501
Über falsche Nierenkoliken, von Picker 501
Eine einfache intravesikale Behandlung von Aussackungen der Blasenenden doppelter Harnleiter, ein Beitrag zur Pathologie der intermittierenden Pyonephrose, von Th. Cohn 501
Über Pyelitis, von Feleki.. 548

e) Labien, Vagina usw.

Ein in der Schwangerschaft rezidivierendes Ulcus der grofsen Labien, von August Mayer 25
Die Vorbehandlung der Anurie bei Gebärmutterkrebs, von Legueu 64
Die Bakteriotherapie und der Opsoninindex bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von R. Romme... 81
Plattenepithelcarcinom der Vulva, von Juliusberg 159
Über die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie, von Stöckel und Wertheim 360
Ein Fall von Elephantiasis nostras der Vulva, von Eugenio Gutiérrez 375
Über die weitere Verwendung des Para-Amidobenzoësäureäthylesters und die Präparate Sanovagin und Cocainolcrême, von Pinner und Siegert 375

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Einflufs der Cystocele vaginalis auf Behandlung und Heilung der blennorrhoischen Cystitis, von Everette E. Padgett.................................. 25
Geschichte und Ätiologie der Blennorrhoe, von Henry G. Spooner.......... 25
Diagnose der chronischen Blennorrhoe beim Weibe, von Alexander Hamilton Peacock 25
In Anlafs des Artikels von Dr. Mironowitsch: „Zur Übertragung der Blennorrhoe auf die Tiere.“ 27
Ein Fall von akutem Tripper mit zweiwöchentlicher Inkubation und vorwiegender Lokalisation der Gonokokken im Epithel, von Selenew................. 27
Die Gefahren von kräftigen Injektionen bei abklingender Blennorrhoe, von E. Urquhart Bartholomew.. 65
Zur Frage der Tripperkomplikationen — Entzündung der Cowperschen Drüsen, von Mangubi.. 68
Blennorrhoe beim weiblichen Geschlecht, von A. Samuels.................... 82
Die akute Blennorrhoe des Weibes, von Lavenant 82
Beitrag zur pathologischen Anatomie des Harnröhrentrippers beim Weibe, von J. Leyberg.. 82
Klinische Blennorrhoe des Mannes, von Max Huhner 83
Originelle Gedanken über Pathologie und Therapie der chronischen Blennorrhoe, von Alexander A. Uhle und William H. Mackinney 84
Über maligne Blennorrhoe der Neugeborenen, von L. Naumann.............. 84
Über die Leistungsfähigkeit der Irrigationsendoskopie bei chronischer Urethritis, von H. Lohnstein 84
Die neueren Behandlungsmethoden der Epididymitis blennorrhoica unter Mitteilung eigener Versuche mit der Punktionsbehandlung, von Ernst........ 85
Zur Statistik der Arthritis blennorrhoica, von Arthur Jordan.............. 85
Gonokokken-Septikämie, von Dieulafoy 85
Über Cervicitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von Houssiau........... 86
Über spezifische Behandlung blennorrhoischer Prozesse, von Carl Bruck 86
Die Behandlung chronischer Blennorrhoe mittels Vibrationsmassage, von Oskar Scheuer 86
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne, von James Pedersen.. 86
Behandlung der Blennorrhoe mit einer Kombination von Silbernitrat und Zink . 87
Über die interne Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Apostolos G. Apostolides jun. 87
Arhovin als internes Mittel gegen Blennorrhoe, von F. Laszky 87
Die moderne Blennorrhoebehandlung und ein neues internes Heilmittel, von J. Neubauer... 87

Seite

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin, von L. Szamek ... 87
Über die interne Therapie der Blennorrhoe, von M. Kostmann ... 87
Über die Balsamica, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans, von P. Siedler 87
Über ein neues Santalolpräparat, das Thyresol, von Paul Rosenthal ... 87
Über Thyresol, ein neues internes Antiblennorrhoicum, von Hirschberg ... 87
Zur Saugbehandlung der Cervixblennorrhoe, von J. Leyberg ... 117
Über die Komplikation und die Metastase des Trippers, von T. Kinoshita ... 120
Blennorrhoe, von Ernst Spitzer ... 164
Beiträge zur Kenntnis des Rektalblennorrhoe, von R. Eichhorn ... 169
Nachtrag zu gelungenen Übertragungsversuchen mit Lepra bei Säugetieren, von Sugai 170
Ein trügerischer Leprafall, von Charles J. White und Oscar Richardson 170
Über Lymphangitis blennorrhoica ulcerosa, von G. Mazza ... 172
Zur Frage der Ursachen einer langen Inkubationsdauer beim Tripper, von Eudokimow ... 174
Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe, insbesondere bei Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Adnexe, von Michael Csiki und E. Kugel 208
Über die Wirkung der Heifsluftbäder gegen Epididymitis blennorrhoica, von S. Mihara ... 271
Paraurethraler Abscefs im Verlauf der Blennorrhoe: Diagnostischer Wert des Urethroskops von Luys und dessen therapeutische Indikationen, von Sainz de Aja ... 376
Über einen Fall blennorrhoischer Infektion der Mundhöhle, von Oscar Scheuer 376
Vorläufige Bemerkungen über die Bakteriologie der Blennorrhoe, von Nathaniel P. Rathbun und Thurston H. Dexter ... 376
Blindheit der Neugeborenen, Prophylaxe durch Erziehung des Publikums, von Prince A. Morrow ... 376
Ophthalmie des Neugeborenen und deren Prophylaxe vom Standpunkt des Ophthalmologen, von Charles Stedman Bull ... 376
Verhütung der Blindheit vom Standpunkt des Geburtshelfers, von J. Clifton Edgar 377
Ophthalmia neonatorum, von Frederick Krauss ... 377
Nochmals zur Heilung der Neugeborenenblennorrhoe, von Vincenz Fukala ... 378
Über endogene Infektion mit Gonokokken, von O. Haab ... 378
Artikuläre und paraartikuläre Manifestationen des Trippers, von P. Fernet ... 378
Ein Fall von Osteomyelitis blennorrhoica, von Holmberg ... 378
Zwei Fälle von blennorrhoischer Septikämie, geheilt und gleich von Abdominaltyphus gefolgt. Versuch, die Gonokokkenseptikämie mit Gonokokkenimpfstoff zu behandeln, von Dieulafoy ... 378
Ein Fall von Sclerosis multiplex nebst Blennorrhoe, von J. Szécsi ... 379
Über Blennorrhoe bei kleinen Mädchen, von Oskar Scheuer ... 379
Die Behandlung der chronischen blennorrhoischen Vulvitis, von Lavenant ... 379
Über die Erfolge der operativen und konservativen Therapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen, von Nikolaus Cukor ... 380
Das Chinin in der Behandlung des Pseudorheumatismus blennorrhoicus ... 380
Allosan, der Allophansäureester des Santalols, von Georg Schwersenski ... 380
Allosan, von John R. O'Brien ... 380
Thyresol in der Behandlung der Blennorrhoe, von J. Cohn ... 380
Über Thyresol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Levin ... 380
Ein neues Sandelölpräparat, von Vertun ... 380
Über Thyresol, ein neues Santalolpräparat, von Hans Eisert ... 380
Ein als Hysterie diagnostizierter Fall von blennorrhoischem Rheumatismus, von E. U. Bartholomew ... 411
Empfehlung einer weniger expektativen Behandlung an akuter Blennorrhoe, von J. J. Moore ... 411
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels einer Antigonokokkenvaccine, von A. Loxton ... 411
Zur Frage der ascendierenden, blennorrhoischen Peritonitis, von Eudokimow. 463
Drei Fälle von Osteoperiostitis blennorrhoica des Calcaneus, von J. Nouell ... 464
Zwei Fälle von blennorrhoischer Keratose; experimentelle Erzeugung der Hautläsionen, von A. Chauffard und N. Fiessinger ... 497
Über Versuche mit Kältebehandlung bei akuter Blennorrhoe des Mannes, von Steffen 501
Über die Beseitigung der Nebenwirkungen der Balsamica, von de Campagnolle 501

Verschiedenes.

Seite

Ernest Besnier, von Ch. Audry 1
Die Technik der Quecksilberinjektionen, von Lévy-Bing 140
Über spontane Verbrennung, von John Knott 140
Nachruf an Bergh, von Lesser 159
Nachruf auf E. Besnier, von Thibierge 171
Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur, von M. Guibé 234
Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur in der experimentellen Chirurgie, von E. Gley 234
Das Studium der Dermatologie. Die Dermatologie und die Pharmakopoe, von William Allen Pusey 234
Über Uhedu in den ägyptischen Papyri, von Paul Richter 234
Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Lichte des modernen Kurpfuschertums, von Kurt Boas 234
Über Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrankheiten in Nord-Neumecklenburg (Bismarckarchipel), von Conrad Siebert 234
Nachruf auf Dr. Juan de Dios Carrasquilla, von Albert S. Ashmead 270
Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Wege des Strafrechts, von Oskar Scheuer 283
Über einen Fall von eigenartigen multiplen Hauttumoren, von Julius Schütz . 284
Elastisches Heftpflaster, von H. Bardach 284
Über Filaria Bancrofti, von A. Genhart 284
Dr. Radcliffe Crocker † 284
Des Vorsitzenden Ansprache, von T. Caspar Gilchrist 337
Ein neues, waschbares, gepolstertes Suspensorium, von K. Schindler 424
Röntgenmomentaufnahmen, von F. Dessauer 474
Paralytikerkinder, von Herrmann 474
Anmerkungen zu meinem Dosimeter, von A. Straufs 474

Sachverzeichnis 563
Namenverzeichnis 582

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Ein Fall von Acanthosis nigricans, von B. Béron. Tafel I 2
Zur Chemie der Haut, IV., von P. G. Unna und L. Golodetz. Tafel II 95
Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa, von Menahem Hodara. Tafel III 141. 196
Erythema induratum Bazin-Fox, von G. A. Gavazzeni. Tafel IV 248. 294

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. | №. 1. | 1. Juli 1909.

Ernest Besnier.

Von

Prof. CH. AUDRY-Toulouse.

ERNEST BESNIER ist am 15. Mai 1909 im Alter von 78 Jahren gestorben. 1896 war er von seiner Stellung am Hôpital St. Louis zurückgetreten, ohne aber seine sonstige ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit aufzugeben. Erst mit zunehmendem Alter zog er sich allmählich mehr und mehr zurück, verfolgte aber bis zuletzt aufmerksam die Entwicklung der Dermatologie.

So wunderbar es klingen mag, so ist es doch Tatsache: Obwohl BESNIER niemals der Universität angehört hat, so war er doch der eigentliche Führer der dermatologischen Wissenschaft in Frankreich. Freilich ist es nicht ganz zutreffend, zu sagen, er habe gar niemals der Universität angehört; denn zwei Tage lang war BESNIER wirklich Universitätsprofessor. Aber seine Ernennung, die der Minister kurz vor seinem Sturz vollzogen hatte, wurde von seinem Nachfolger nicht bestätigt.

Bevor BESNIER sich ganz der Dermatologie zuwandte, war er praktischer Arzt und Epidemiologe gewesen; seine Spezialausbildung erhielt er unter der Anleitung von LAILLIER.

In der Tat war BESNIER der Altmeister der französischen Schule, die er auf ihre frühere Höhe gehoben hat; er war ihr fruchtbarster, ihr glänzendster, ihr universellster (le plus complet), ihr einflußreichster Vertreter; er war also ein Führer, obwohl er niemals Universitätsprofessor war. Diese hervorragende Stellung verdankte er nicht nur seinem glänzenden Namen — seiner vornehmen Lebensauffassung, seinem lauteren Charakter —, er verdankte sie vor allem der Überlegenheit seines Geistes. Ich halte ihn für den bedeutendsten

Dermatologen unserer Zeit. Die Feinheit, die Schärfe, die Beweglichkeit und die Vielseitigkeit seines Geistes waren unübertrefflich; sein Verstand war ebenso kritisch wie empfänglich für alles Neue, war in der Jugend so abwägend wie der eines Greises, blieb im Alter so frisch und aufnahmefähig wie der eines Jünglings. Dank der Mitarbeit DOYENS war es ihm möglich, die wissenschaftlichen Ergebnisse der Arbeiten aller Zeitgenossen zu verfolgen und in sich aufzunehmen, und aus dieser Tätigkeit erwuchs uns ein Werk von aufserordentlichem Wert: die französische Ausgabe des „KAPOSI", die in Frankreich schon ihre zweite Auflage erlebt hat, und die in Deutschland das Originalwerk zum Teil sogar verdrängt hat. Sie wurde einer ganzen Generation von Dermatologen zur Bibel und spricht in der zeitgenössischen Literatur noch immer das entscheidende Wort.

Erinnern wir uns nur, dafs BESNIERS Standpunkt betreffend das Verhältnis des Lichen planus zur Pityriasis rubra pilaris von entscheidender Bedeutung war; erinnern wir uns seiner Arbeiten über die Psoriasis arthropathica, über den Prurigo, seiner grundlegenden Untersuchungen über die Farcinosis cutanea, über die Erythrodermia praemycosica usw.

ERNEST BESNIER hat durch sein Wort, durch sein Werk, durch sein Beispiel gewirkt. Mittelbar oder unmittelbar, in der liebenswürdigsten, uneigennützigsten Weise war er vielen von uns ein Lehrer und Berater. Sein Tod ist nicht nur für uns Franzosen, er ist für die Dermatologie der ganzen Welt ein Verlust.

Ein Fall von Acanthosis nigricans.

Von

Dr. B. BÉRON,

Chefarzt der Hautabteilung des Alexandre-Spitals in Warschau.

Mit einer Tafel.

Acanthosis nigricans oder Dystrophie papillaire et pigmentaire ist eine seltene Krankheit, da seit der ersten Beschreibung derselben vor 20 Jahren von JANOWSKY und POLLITZER bis jetzt nicht mehr als 50 Fälle beobachtet worden sind. Diese relative Seltenheit der Krankheit sowie die noch unaufgeklärte Ätiologie derselben rechtfertigen, glauben wir, die Beschreibung des nachfolgenden (zweiten) von uns beobachteten Falles.

Georg J., 20 Jahre alt, Landarbeiter, unverheiratet, aus Mazedonien.

Anamnesis. Die Eltern und die Geschwister (zwei Schwestern und ein Bruder) des Patienten sind gesund; keine familiäre Belastung. Patient ist immer gesund gewesen und hat keine venerische Erkrankung durchgemacht. Vor fünf Jahren bemerkte Patient, daſs die Haut am Halse dunkel wurde, und nicht lange danach sind auf der pigmentierten Haut kleine Wärzchen erschienen. Mit der Zeit haben sich identische Veränderungen auch an den Achselfalten, am Bauche usw. ausgebildet, bis die Hautkrankheit die jetzige Verbreitung erlangt hat. Seit drei Jahren sind auf der Mundschleimhaut des Patienten papilläre Wucherungen erschienen, die dem Patienten Unbequemlichkeiten beim Essen verursachen, besonders beim Gebrauch von scharfen Speisen. Patient fühlt sich ganz wohl, nur zeitweise hat er ein schwaches Jucken. Er hat guten Appetit, kein Husten, keine Leibschmerzen, und nur das schmutzige Aussehen des Gesichtes und besonders der Halshaut hat den Kranken veranlaſst, das Spital aufzusuchen.

Status praesens bei der Aufnahme des Patienten am 13. März 1907. Der Kranke ist von mittlerer Gröſse mit mäſsig entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Beim ersten Anblick des entkleideten Patienten bemerkt man an der Haut desselben zwei markante Veränderungen. Die Haut ist dunkelpigmentiert und an gewissen Stellen sogar schwarz und uneben infolge der Vertiefung der Hautlinien und des Bestehens von kleinen, warzenähnlichen Gebilden. Beide Veränderungen sind am Körper symmetrisch verteilt und decken sich gegenseitig, d. h. die am dunkelsten verfärbten Stellen zeigen auch die stärkste Veränderung des Hautreliefs. Betrachten wir die einzelnen Körperregionen, so finden wir folgendes: Das Kopfhaar ist dunkelbraun, lang, dicht, etwas trocken, aber nicht zersplittert. Die Kopfhaut glatt, hellbraun und hier und da sieht man auf derselben runde, linsengroſse, im Hautniveau liegende, schwarze Pigmentflecke. Die Haut des Gesichtes ist gelblichbraun, aber um die Mundöffnung und um die Augen ist dieselbe fast schwarz und auſserdem bemerkt man zerstreut am Gesicht stecknadelkopf- bis linsengroſse, sommersprossenähnliche, dunkelbraune und schwarze Flecke und am äuſseren Winkel des rechten Auges eine bohnengroſse, schwarzbraune Stelle mit schwach erhabener, intensiv gefurchter Oberfläche. Die Haut am freien Rande beider Augenlider ist ebenfalls dunkel pigmentiert und mit winzigen, hellbraunen, zarten Wärzchen übersät. Die stärksten Veränderungen zeigt die Haut am Halse, besonders auf der hinteren Seite; hier ist die Haut fast schwarz, durch tiefe, sich kreuzende Furchen stark gefeldert und mit unzähligen, meist gestielten, papillomatösen Auswüchsen bedeckt; zwischen den letzteren sieht man einige runde oder ovale, bis $^1/_2$ cm im Diameter groſse depigmentierte Stellen. Am Rücken sieht man eine intensivere Pigmentation und be-

deutende Komprimierung zwischen den Schulterblättern, woselbst sich auch zwei, seborrhoischen Warzen ähnliche Exkreszenzen finden. Am Kreuz und in der Analspalte ist die Haut fast schwarz und stark gefeldert. Die Hautveränderungen der Dorsalseite des Halses nehmen nach vorn an Intensität allmählich ab und sind in der Mitte der vorderen Seite des Halses am schwächsten ausgebildet. An der vorderen Thoraxseite sind die dunkle Färbung und die Reliefveränderung der Haut kaum angedeutet, jedoch in den Achselhöhlen und deren Umgebung ist die Haut wie schwarz, die Achselfalten springen stark vor und sind mit papillären Auswüchsen bedeckt. Beide Mamillen sind dunkelpigmentiert und mit stecknadelkopfgroſsen Wärzchen übersät. Die Bauchhaut ist schwarz, durch Vertiefung der Hautlinien und Furchen zeigt sie ein chagrinlederartiges Aussehen, fühlt sich trocken und verdickt an und hier und da sieht man warzenartige Gebilde, die in groſser Menge den Nabel bedecken. Die Haut der Genitalien ist fast schwarz und chagriniert. Die Haut der oberen und der unteren Extremitäten ist wenig verändert, mit Ausnahme in den Ellenbeugen und Kniekehlen, wo die Haut dunkelpigmentiert und mit papillomatösen Gebilden bedeckt ist. Auf der Dorsalseite der Hände und der Füſse ist die Haut braun, gefurcht, in Falten schwer abhebbar und mit einigen verhornten Warzen. Die Nägel der Hände und der Füſse sehen normal aus. Die Haut an den Handflächen und den Fuſssohlen ist bleich, wachsartig, die Hautlinien sind stark ausgeprägt, und wenn man mit den Fingern über die Haut streicht, fühlt sich die Hautoberfläche rauh wie Reibeisen an. Die Schleimhaut des Anfangsteiles der Nasenhöhle ist normal gefärbt, aber mit kaum sichtbaren, rosaroten Körnchen dicht besetzt, wodurch die Schleimhaut ein sammtartiges Aussehen bekommt. Die Schleimhaut an der inneren Seite der Lippen, am harten und weichen Gaumen, an der inneren Seite der Wangen ist blaſsrosa und mit zahlreichen kleinen Körnchen oder spitzauslaufenden papillären Exkreszenzen bedeckt; letztere sind besonders stark entwickelt an den inneren Mundwinkeln und an den den Zahnreihen entsprechenden Stellen der Wangenschleimhaut, wo dieselben dichtgedrängt sind und 2 bis 3 mm Höhe erreichen. Die Oberfläche des Zungenrückens sieht zerklüftet aus; beim genaueren Zusehen und besonders beim Bestreichen mit dem Spatel sieht man, daſs die angeblichen tiefen Einschnitte nicht die Zungensubstanz betreffen, sondern Spalten zwischen den hoch ausgewachsenen Zungenpapillen darstellen.

Herr Dr. Kirković, Assistent an der internen Abteilung des Alexandre-Spitals, hatte die Liebenswürdigkeit, die inneren Organe des Patienten zu untersuchen, und hat dabei folgendes gefunden: Die Lungengrenzen sind normal, der Lungenschall ist hell, das Atmungsgeräuch überall vesikulär, ohne Rasselgeräusche. Das Herz steht ebenfalls in normalen Grenzen, die Töne an den Auskultationsstellen sämtlicher vier Ostien sind rein. Arteria

radialis hat weiche Wandung und ist mäfsig gefüllt; der Puls ist weich, regelmäfsig. Der Bauch steht unter dem Thoraxniveau, ist weich, nicht schmerzhaft. Leber und Milz nicht vergröfsert. Der Magentympanismus reicht bald nach den Mahlzeiten bis zum Nabel, wobei sich ein deutliches Plätschern erzeugen läfst. Beim nüchternen Magen ist kein Plätschern nachweisbar. Eine Stunde nach EWALDschem Probefrühstück bekommt man mit dem Magenschlauch einen sauer reagierenden Mageninhalt, in dem man makroskopisch keine Beimengung wahrnehmen kann. Gesamtacidität 53, freie Salzsäure 38; Milchsäure ist nicht vorhanden. Mikroskopisch kann man im Mageninhalt keine Muskelfasern und keine Fetttröpfchen nachweisen, obwohl Patient am Abend vor dem Probefrühstück Fleisch und Milch genossen hatte; es bestehen also keine Zeichen von Stagnation im Magen. Ebenfalls findet man weder Sarzine noch BOAS-KAUFMANNsche Bazillen. Im ganzen Abdomen keine Schmerzhaftigkeit, keine abnorme Resistenz. Der Stuhl von gewöhnlicher Konsistenz, dunkelbraun gefärbt. Reaktion schwach sauer. Mikroskopisch findet man seltene, unvollständig verdaute Muskelfasern und Reste der vegetabilischen Nahrung. Unverdaute Stärkekörner sind nicht vorhanden. Ebenfalls fehlen Parasiteneier. Im GRAM-Präparat überwiegt die GRAM-negative Flora. In ziemlich grofser Zahl findet man dicke, jodophile, GRAM-positive Stäbchen vom Typus, den RUDOLF SCHMIDT als Farbentypus mit Granuloseresten bezeichnet und der nach SCHMIDT niemals bei bösartigen Neubildungen des Dickdarms vorkommt. Aufserdem findet man in grofser Zahl Closstridien. Die Nieren sind der Palpation unzugänglich. Der Harn ist klar, hellgelb gefärbt; in demselben sind keine pathologischen Bestandteile nachweisbar.

Die Blutuntersuchung ergab:

Hämoglobingehalt (nach GOWERS-SAHLI)	105%
Erythrocytenzahl in cmm	5208000
Leukocytenzahl „ „	10200
Darunter: Polynukl. neutrophile	70,5%
„ eosinophile	5,0%
„ basophile.........	0,7%
Grofse mononukleäre	9,2%
Lymphocyten	14,5%
TÜRKsche Reizungsformen	0,1%

Die roten Blutkörperchen zeigen keine bedeutende Form und Gröfsenunterschiede, sind gleichmäfsig und gut gefärbt. Die Leukocytenkerne haben gut erhaltene Struktur. Keine abnorme Leukocytenformen. Blutplättchen in massiger Zahl.

Die Papillen sind beiderseits gleich weit, reagieren auf Licht und Akkommodation gut. Kopfnerven normal. Die passive und aktive Bewegung der Extremitäten ist nicht beschränkt. Patellarreflexe erhalten,

keine Akkommodationsstörung. Die Hautempfindlichkeit (gegen Temperatur, Schmerz usw.) ist überall vollständig erhalten.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück Haut vom Halse entnommen. Das histologische Bild entspricht genau den bei Acanthosis nigricans beschriebenen histologischen Veränderungen. Die Hautschicht ist stark verdickt und in den obersten Lagen aufgelockert. Stratum lucidum fehlt fast vollständig. Starke Vergröfserung der Stachelzellenschicht, ohne dafs man eine besondere Veränderung der Zellen wahrnimmt. Die Papillen hoch ausgewachsen, vielfach verzweigt. Vermehrung des Pigments in den basalen Cylinderzellen, schwächer in der Cutis.

Wie aus der obigen Beschreibung zu ersehen ist, handelt es sich bei unserem Kranken um einen typischen Fall von Acanthosis nigricans. Die zwei Kardinalsymptome dieser interessanten Krankheit: Pigmentierung und allgemeine Papillomatosis bis zur Bildung warzenförmiger Auswüchse, sind beim Patienten in klassischer Weise ausgebildet. Die Haut ist diffus verfärbt, jedoch nicht gleichmäfsig; fast normal oder hellbraun an den am wenigsten affizierten Stellen, wird dieselbe dunkelbraun bis schwarz an den für die Acanthosis nigricans charakteristischen Stellen, aufserdem sieht man, über die ganze Haut zerstreut, sommersprossenähnliche Pigmentflecke. In ebensolcher charakteristischen Weise ist auch das Hautrelief verändert. Bei den anscheinend normal aussehenden Hautpartien bemerkt man eine kaum bemerkbare Vertiefung der Hautlinien und ohne markante Grenzen akzentuiert sich die Oberflächenveränderung, durch die Vertiefung der Hautlinien oder, besser gesagt, durch das gruppenweise Anwachsen der Hautpapillen wird eine Felderung, ein chagrinlederartiges Aussehen der Hautoberfläche bis zur Bildung warzenähnlicher Auswüchse und ein exzessives Auswachsen der normalen Falten, z. B. Achselfalten, bedingt. Wie es gewöhnlich bei der Acanthosis nigricans der Fall ist, sind obige Veränderungen, Pigmentvermehrung und Akzentuierung des Oberflächenreliefs, symmetrisch am Kranken verteilt und decken sich gegenseitig. Von den oben am Halse und am Rücken des Kranken beschriebenen, im Vergleiche zu der umgebenden Haut blassen Hautinseln sind einige glatt, narbenglänzend, andere sehen wie normale Haut aus. Sicherlich sind das keine Vitiligoflecke, wie solche von Barsky beobachtet worden sind; ob dieselben durch regressive Degeneration der warzenförmigen Gebilde (Barsky) oder durch mechanisches Entfernen der letzteren entstanden sind, können wir nicht entscheiden. Wie in den typischen Fällen von Acanthosis nigricans zeigen die Schleimhäute unseres Kranken charakteristische Veränderungen des Oberflächenreliefs: diffuse, sehr feine Körnung, Hyperplasie normal vorhandener Papillen und Bildung von papillären Auswüchsen an den der Reizung am meisten ausgesetzten Stellen der Mundschleimhaut.

Interessant ist unser Fall in ätiologischer Beziehung. Wie es bekannt ist, hat man in den meisten Fällen von Acanthosis nigricans carcinomatöse Degeneration irgendeines Organs und besonders häufig des Magens gefunden, und man nimmt an, daſs die Hautanomalien durch die Carcinosis (Tommasoli) oder durch den von dem Tumor auf den Plexus sympathicus ausgeübten Druck (Darier) verursacht werden. In einer kleinen Anzahl der Fälle jedoch (13 von den bis jetzt beschriebenen 50 Fällen von Acanthosis nigricans) ist keine maligne Neubildung konstatiert worden und die Ätiologie dieser Fälle ist vollständig unklar. Die Annahme Dariers, daſs in solchen Fällen der mechanische Druck auf den Sympathicus durch gutartige Neubildungen verursacht wäre, ist jedenfalls nicht für alle Fälle passend, denn bei dem Falle von Burmeister ist bei der Autopsie keine Ursache zu einer mechanischen Reizung des Plexus sympathicus gefunden worden. Unser Fall, glauben wir, gehört zu der zweiten, selteneren Form, benannt von Darier Forme juvénile und von Bogrow gutartige Form von Acanthosis nigricans. Wie oben erwähnt wurde, hat die Untersuchung der inneren Organe des Patienten keine pathologische Veränderung ergeben; Patient hat sich während der über anderthalb Jahre dauernden Beobachtung (im Spital und auſserhalb desselben) immer wohl gefühlt und hat an Gewicht bedeutend zugenommen. Die Hautsymptome haben keine merklichen Veränderungen gezeigt.

Interessant ist unser Fall auch wegen der starken Ausbildung der Symptome. Nach Bogrow zeigen die gutartigen Fälle schwache Verbreitung, z. B. sind die Schleimhäute gar nicht oder schwach affiziert. Wie aus der Beschreibung unseres Falles zu ersehen ist, sind die Hautsymptome stark ausgeprägt und auch die Schleimhautveränderungen sind nicht schwächer ausgebildet als in den typischen schweren Fällen von Acanthosis nigricans.

Von den bis jetzt beobachteten Fällen von bösartiger Acanthosis nigricans gehören die meisten dem weiblichen Geschlecht an (ungefähr drei Viertel Weiber und ein Viertel Männer); umgekehrt bei der gutartigen Form gehören die meisten, drei Viertel der Fälle, wie auch unser Patient, dem männlichen Geschlecht an. Die gutartige im Gegensatz zur bösartigen Form von Acanthosis nigricans wird gewöhnlich bei jugendlichen Individuen beobachtet; das Lebensalter der bis jetzt beschriebenen Fälle bewegt sich zwischen 2 und 38 Jahren. Unser Kranker steht auch im Jünglingsalter.

Aus dem Ospedale maggiore in Bergamo.

Ein Fall von Impetigo herpetiformis.

Von

Dr. G. A. Gavazzeni.

Mit einer Abbildung im Text.

Nachdem Hebra im Jahre 1872 unter dem Namen Impetigo herpetiformis eine bis dahin unbekannte, bei Schwangeren und Puerperen, oder bei an Krankheiten der Genitalorgane leidenden Frauen von ihm beobachtete Dermatose beschrieben hatte, sind seither 31 sichere Fälle mitgeteilt worden. Dabei mufs ich sofort betonen, dafs sich in der Literatur der „Impetigo herpetiformis" auch solche Fälle finden, die — wie weitere Untersuchungen bewiesen haben — in keiner Beziehung zur Impetigo herpetiformis stehen.

Die ersten Fälle (fünf) sind, wie gesagt, von Hebra im Jahre 1872 veröffentlicht worden, alle mit letalem Ende.

Später beschrieb Kaposi acht Fälle und gab zuerst die Beschreibung eines (wenn auch noch bestrittenen) bei einem Manne beobachteten Falles von Impetigo herpetiformis.

Im Jahre 1892 fafste Dubreuilh alle damals bekannten 22 Fälle zusammen und fügte eine persönliche Beobachtung hinzu; fünf seiner Fälle waren in der Wiener Klinik beobachtet.

Alle diese Fälle sind mit Hebras Krankheit identisch. Dagegen halte ich in Übereinstimmung mit anderen Autoren die Fälle von Duhring, Liveing, Auspitz, Heitzmann, Geber (Pataky), Boardman, Sherwell — obgleich sie unter dem Namen Impetigo herpetiformis beschrieben sind — nicht für die eigentliche Hebrasche Krankheit.

Und zwar gehört der Fall von Duhring zur Dermatitis herpetiformis, wie Brocq bewiesen hat; das gleiche gilt auch nach Maret für den Fall von Liveing. Die Auspitzschen Fälle sind beim Pemphigus vegetans einzureihen, wie Neumann und nachher Crocker betont haben. Nach Kaposi und Dubreuilh ist die Beobachtung von Heitzmann von vornherein als echter Pemphigus zu betrachten. Und tatsächlich hatte hier der Ausschlag an der Mundschleimhaut angefangen und zwei Monate nach den ersten Erscheinungen trat ein typischer Pemphigus zutage. Der Fall von Geber wurde schon von Kaposi als Erythema polymorphum vesiculosum diagnostiziert. Bei Boardman handelte es sich offenbar nur um ein

Arzneiexanthem. SHERWELLS Fall hält DUBREUILH für einen Fall von Herpes gestationis, da die auffallende Ähnlichkeit mit Scabies, die der Autor findet, nach DUBREUILH viel mehr für Herpes gestationis als Impetigo herpetiformis spricht.

Endlich gehört — auch nach DUBREUILH — zum Pemphigus der von ZEISSLER als Impetigo herpetiformis veröffentlichte Fall.

In einer im Jahre 1905 erschienenen Arbeit teilt BORZECKI einen neuen Fall von Impetigo herpetiformis mit, welchen er bei einer sieben Monate Schwangeren beobachtete, und stellt alle bis dahin bekannten Fälle von Impetigo herpetiformis zusammen. Es sind im ganzen 28 Fälle mit 34 Ausbrüchen der Krankheit. Hier finden wir neben den schon erwähnten die Fälle von FREYHAN (2), SOBOLOTZKY (1), BREIER (1), DAUBER (1), RILLE (1), TOMMASOLI (1), POLLOK (1), GUNSETT (1), FABRY (1). Von diesen 28 Fällen betreffen fünf Männer und vier nicht schwangere Frauen. BORZECKI gibt in seiner Arbeit eine Tabelle mit den Resultaten der Untersuchungen des Urins nach den verschiedenen Autoren. In dem gröſsten Teile der Fälle war Eiweiſs vorhanden. DAUBER glaubt, daſs die die Impetigo komplizierende Nephritis als eine Schwangerschaftsnephritis anzusehen ist. Hierzu fehlt es jedoch an einem sicheren Grunde, weil es neben schwangeren Frauen, deren Urin kein Eiweiſs enthielt (MARET, DU MESNIL), unter den Fällen von Impetigo herpetiformis auch nichtschwangere Frauen und Männer waren, die Eiweiſs im Harn aufwiesen (FREYHAN, WHITHOUSE, GUNSETT). Daher muſs die Nephritis als eine von der Schwangerschaft unabhängige Komplikation betrachtet werden und vielmehr als eine Folge der Hautaffektion, wie wir auch bei vielen anderen ausgebreiteten Krankheiten der Haut Albuminurie auftreten zu sehen gewohnt sind. BORZECKI schlieſst aus seinen klinischen und statistischen Studien, daſs die Impetigo herpetiformis nicht mehr als eine Schwangerschaftskrankheit zu betrachten sei und daſs sie eine dermatologische Einheit darstelle, die mit keiner anderen Hautkrankheit zu verwechseln sei und deren Charakter für einen pyämischen Prozeſs spreche.

Noch in demselben Jahre wird von NOBL ein neuer Fall von Impetigo herpetiformis veröffentlicht, bei einer 31jährigen Frau, welche blühend aussah und an keiner Krankheit gelitten hatte.

Der eigenartige Krankheitszustand setzte zum ersten Male während der zweiten Schwangerschaft ein, um seither bei jeder weiteren Gravidität sich mit gesteigerter Vehemenz und Ausbreitung zu wiederholen und mit stets zunehmender Eruptionsdauer bis weit ins Puerperium hineinzureichen. Prodromalstadien: Unerträgliches Jucken, quaddelähnliche Erhöhungen, die mit Hinterlassung der Kratzeffekte wieder zurückgingen. Die zerstreuten, rasch aufschieſsenden und nach einigem Bestande verkrustenden Pustelbildungen sollen die Geburt überdauert haben,

um erst nach weiteren drei bis vier Wochen abzuklingen. Im vierten Monate einer neuen Schwangerschaft tritt das Exanthem mit denselben Prodromalsymptomen und prämonitorischen Beschwerden wieder auf. Es besteht aus Pusteln, die konzentrisch aufgereihte Kokarden und collierähnliche, von deutlich markierten, erhabenen, erythematösen Höfen umgebene Figuren bilden. Immer ist starkes Jucken vorhanden. Am Genitale sind nur an der Aufsenfläche der grofsen Labien sowie am Mons singuläre, erbsengrofse, rot umränderte Pusteln. Nichts ist an den Schleimhäuten zu konstatieren. Es waren immer den Pusteln rote, elevierte Knötchen und erhabene Flecke vorhergegangen; während der ganzen Krankheit wurde das Juckgefühl als imperiöses geschildert, so dafs sich die Kranke bei Tag und Nacht des Kratzens nicht hatte enthalten können. Nach der Geburt trat Genesung ein. Die Patientin wurde zum dritten Male schwanger. Das erste waren regelmäfsig an Schenkel, Bauch und Armen aufschiefsende Flecke, Quaddeln und exkoriierte nässende Stellen. Darauf (dritter Monat) entstand das charakteristische pustulöse Exanthem. Nach der Schwangerschaft gingen alle subjektiven und objektiven Symptome zurück.

Dieser von Nobl beschriebene Fall (abgesehen von dem Geschlecht) kann vielleicht in Beziehung auf die Eruptionsform mit der von Kaposi von einem Manne mitgeteilten Impetigo herpetiformis verglichen werden. Hier waren auch starkes Jucken und neben den pustulösen Elementen Flecke und urtikarielle Quaddeln vorhanden.

Kaposi erklärt solche für Begleiterscheinungen und ist geneigt, diese Symptome sowie die erhöhte Hautreizbarkeit, die verstärkten Sehnenreflexe, die Muskelkrämpfe und Lähmungen als sekundär zu betrachten infolge der hochgradigen Irritation des Zentralnervensystems und namentlich der vasomotorischen Zentren. Kaposi betont aber, dafs sich all diese Nebenerscheinungen jedesmal erst allmählich im Verlaufe der bereits bestehenden Impetigo herpetiformis eingestellt haben.

Im gegenwärtigen Fall von Nobl sind diese Erscheinungen allerdings vorhergegangen, und zwar bei jedem Rezidiv, und wenn wir die genaue Schilderung von Hebra und Kaposi in Betracht ziehen und noch hinzufügen, dafs der von Kaposi in mare beschriebene Fall nach einigen Autoren (Jarisch) nicht als sicher einwandfrei angesehen wird, so müssen wir gestehen, dafs der Fall von Nobl etwas von dem echten Typus der Impetigo herpetiformis abweicht.

Später sind noch andere Fälle als Impetigo herpetiformis mitgeteilt. Kügler (Dezember 1905) beschreibt in aller Kürze einen von ihm bei einem 18monatlichen Kinde beobachteten Fall. Die Angaben des Autors sind so knapp, dafs es — abgesehen auch vom Alter des Patienten — nicht möglich ist, diesen Fall als echte Impetigo herpetiformis zu betrachten.

KREN (1907) stellt unter dem Namen Impetigo herpetiformis zwei Fälle vor. In einem Falle handelt es sich um einen 15jährigen Jüngling, welcher infolge Panaritiums am linken Mittelfinger einen zuerst am Oberschenkel auftretenden, später über den ganzen Körper zerstreuten Ausschlag bekam, der nach dem Autor das typische Bild der Impetigo herpetiformis präsentierte. Der andere Fall wurde bei einer 25jährigen Frau beobachtet, welche drei Wochen vor der Geburt infolge einer Verletzung der groſsen Zehe einen typischen Ausschlag von Impetigo herpetiformis bot. WEIDENFELD und FINGER halten aber (nach dem Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 45, S. 298) den ersten Fall für ein septisches Exanthem, und in bezug auf den zweiten Fall betonen sie, daſs die Gröſse und Anordnung der Pusteln, die groſsen tiefgehenden Krusten und die disseminierte Aussaat nicht in die typische Erscheinung der Impetigo herpetiformis passen (? GAVAZZENI).

Der letzte Fall von Impetigo herpetiformis wurde von SCHERBER publiziert. Es handelte sich um eine 24jährige Frau, welche nach der Entbindung von der Krankheit befallen wurde. Der Ausgang war letal.

Histologie.

Was die histologische Untersuchung betrifft, so haben wir die Befunde von DUMESNIL und MARX, von DUBREUILH, von BORZECKI und von SCHERBER.

DU MESNIL und MARX untersuchten in vivo entnommene Hautstücke. Sie fanden in dem erythematösen Hofe, welcher die Pustel umgibt, die Blut- und Lymphgefäſse erweitert und eine perivaskuläre kleinzellige Infiltration. Diese findet sich auch in den oberen Schichten des Derma und ist bedeutender um die Basis der Pustel. Übrigens sahen diese Autoren eine leukocytäre Infiltration der Stachelschicht. Die gröſsten Pusteln sind nach DU MESNIL und MARX sehr oberflächlich, während die kleinsten tiefer gehen. Nach DUBREUILH ist es gerade umgekehrt.

BORZECKI findet oberflächliche Pusteln, Papillarkörper unverändert, Vermehrung der zelligen Elemente des Bindegewebes, kleinzellige Infiltration um die Gefäſse, im Innern der Pusteln spärliche Haufen von Kokken.

SCHERBER fand die obersten Lagen des Stratum corneum völlig abgelöst, so daſs nirgends mehr Pusteln zu sehen waren. Nichts Besonderes in den tieferen Lagen. Die Zellen, namentlich in den mittleren Lagen des Stratum reticulare cutis, sahen geschwollen aus. Wanderzellen im Epithel. Das Bindegewebe ödematös und von kleinen Rundzellen infiltriert. Die Lymph- und Blutgefäſse erweitert und mit Blut erfüllt.

Bakteriologie.

In bezug auf bakteriologische Befunde haben DU MESNIL und MARX den Staphylococcus albus und eine gelbe Sarcine im Pustelinhalt gefunden. Die Kulturen aus dem Blut sowie aus den inneren Organen blieben steril.

DUBREUILH fand unzählige Mikroben in den Pusteln, keine aber im Blut. Auch in Hautschnitten fand er viele Mikroorganismen, doch keinen weder im Bindegewebe noch in der Stachelschicht.

BORZECKI wies im Pustelinhalt den Staphylococcus albus nach.

Nach SCHERBER sind in allen klinisch einwandfreien Fällen sowohl der Eiter (der Pusteln) wie das Blut, mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden studiert, steril gewesen. Nach SCHERBER sind deshalb alle Fälle, in denen ein durch Staphylokokken oder Streptokokken hervorgerufener, septikämischer Prozeſs konstatiert wurde, von der Gruppe der Impetigo herpetiformis auszuschlieſsen. In der Tat ist bei der Ubiquität von Kokken auf der gesunden menschlichen Haut das Vorkommen von Kokken in den älteren Pusteln selbstverständlich. Wenn ein Forscher die ätiologische Bedeutung von Kokken bei der Impetigo herpetiformis behaupten will, so muſs wenigstens verlangt werden, daſs diese konstant schon in den allerkleinsten, eben wahrnehmbaren Pusteln vorkommen.

Was die Ätiologie anbelangt, so sind wir trotz der ziemlich vielen Untersuchungen und Beobachtungen noch immer auf dem Gebiete der Hypothesen. Die wichtige Frage der Ätiologie hat bis jetzt keinen Fortschritt gemacht. Da ist zunächst die Frage der Bedeutung der Schwangerschaft. HEBRA brachte alle seine Fälle damit in Beziehung. Überblicken wir aber jetzt die Fälle der Literatur, so finden wir, daſs bei 13 von 31 Fällen keine Schwangerschaft oder Wochenbett vorlag, acht Fälle gehörten sogar Männern an. Und auch bei den Fällen selbst, in denen Gravidität oder Puerperium vorhanden war, verliefen Geburt und Wochenbett normal. Wir müssen daraus den Schluſs ziehen, daſs Schwangerschaft oder Puerperium nicht notwendige Voraussetzung der Impetigo herpetiformis sein können, sondern nur ein prädisponierendes Moment. Für die Annahme eines vom Uterus ausgehenden pyämischen oder septikämischen Prozesses, abgesehen von HEBRAS Fällen und von einem Fall KAPOSIS, wo die Obduktion eine Septikämie mit akuter Schwellung der Milz und eitrige Endometritis nachwies, haben wir bis jetzt keinen sicheren Grund.

Die Obduktionsbefunde haben teilweise tuberkulöse (KAPOSI), teilweise syphilitische Prozesse gezeigt (DUBREUILH — SCHERBER).

Manche Autoren reihen die Impetigo herpetiformis unter die Angioneurosen ein (AUSPITZ) und betrachten sie als eine Krankheit des Nervensystems (MAX JOSEPH).

TOMMASOLI hält auf Grund seines Falles diese Krankheit für eine Stoffwechseldermatose, denn er fand den Gehalt an Schwefeläther und auch an flüchtigen Phenolen stark erhöht. Aber die in diesem Sinne unternommene Therapie fiel vollständig negativ aus.

LANG und andere Autoren betrachten die Krankheit als eine allgemeine und schwere Infektionskrankheit.

Wir sehen also, daſs die Impetigo herpetiformis noch in jeder Hinsicht eine offene Frage bildet. Ihr Wesen, ihre Ätiologie ist noch völlig dunkel. Darum, meine ich, hat jeder neue Fall dieses rätselhaften und ziemlich seltenen Leidens um so mehr Interesse und sollte aufmerksam und genau beobachtet werden, da nur solche fortgesetzte sorgfältige Beobachtung und Vergleichung einer richtigen Erklärung auf die Spur helfen kann. Ich gebe daher eine genaue Schilderung eines Falles, den ich im Ospedale Maggiore di Bergamo zu beobachten Gelegenheit hatte.

Eigene Krankengeschichte.

M. P., 33jähriges Hausmädchen, ledig, aus Cottano (Bergamo). Die Patientin wurde ins Spital geschickt unter der Diagnose Neurosis, so daſs sie erst am 23. Februar in die dermatologische Abteilung kam.

Der Verstand der Patientin war so schwach, daſs es mir nicht möglich war, eine zuverlässige Angabe über ihr bisheriges Leben und eventuell vorhergegangene Krankheiten zu bekommen.

Die Patientin (abgesehen von der Epilepsie, an welcher sie schon seit langer Zeit leidet) will nie krank gewesen sein. Geschwister und Eltern noch lebend und gesund. Keine Hautkrankheiten in der Verwandtschaft, ebensowenig Syphilis und Tuberkulose. Erste Menses mit 17 Jahren, die folgenden immer in Dauer und Menge regelmäſsig. Seit 60 oder 70 Tagen keine Menstruation mehr.

Was die gegenwärtige Krankheit anbetrifft, so ist sie nach den Angaben der Patientin ohne Schmerzen und ohne Jucken, aber mit Schüttelfrösten, Appetit- und Schlaflosigkeit und mit Fieber aufgetreten. Die Patientin und ihre Verwandten bestätigen, daſs sie in dem Zeitraum von vier oder fünf Jahren schon dreimal an einer Hautkrankheit gelitten hat, welche ganz gleich wie diese aussah und die der Arzt als Herpes diagnostizierte. Jedesmal waren dem Ausschlag dieselben Symptome vorhergegangen; doch war die Erkrankung nicht so schwer und so ausgedehnt. Nach den Angaben der Patientin wäre der Sitz des Ausschlages immer derselbe wie der jetzige gewesen.

Status praesens: Schlecht genährtes Mädchen von schwachem Knochenbau. Haut und sichtbare Schleimhäute anämisch und blaſs. Atrophische Muskulatur, Muskelkraft vermindert. Sensorium etwas benommen, die allgemeine Sensibilität erhalten. Typhöser Zustand. Die Pupillen reagieren auf Licht, Akkommodation sowie oberflächliche und tiefe Reflexe vorhanden. Anhaltendes, etwas remittierendes Fieber von 37,2 bis 39°.

Innere Organe. Lungen: Mit der Perkussion nichts zu konstatieren. Atemgeräusch etwas verstärkt. Groſs- und kleinblasige Rhonchi. Rauhes Inspirium.

Herz: Grenze normal. Kein Geräusch. Herztöne ziemlich schwach.

Abdomen: Keine subjektiven Beschwerden. Keine Druckempfindlichkeit. Durch Palpation findet man nichts Besonderes. Leichter Meteorismus.

Leber nicht fühlbar, ebensowenig die Milz.

Nieren: Urin klar, sauer. Spezifisches Gewicht 1017. Kein Eiweiſs, kein Zucker, keine Acetone. Indican vermehrt. Mikroskopisch: keine Nierenzellen, keine Cylinder.



Haut: Befallen sind die Achselhöhlen (besonders die linke), Oberarme, Schultern, vordere und hintere Partien des Thorax, die Inguinocruralfalten, die Genitalien; Kopfhaut und Hals zeigen, wenn auch in nicht so ausgeprägter Weise, dieselben Veränderungen; die Beine, speziell die Waden, zeigen sehr groſse Plaques. Fuſssohle und Hohlhand, Gesicht, die Seitenpartien des Thorax und die Nates ebenso wie die Auſsenfläche der Schenkel sind frei.

Die Hauterscheinungen bestehen in erythematösen, leicht das Hautniveau überragenden, von der umgebenden Haut nicht scharf abgegrenzten, unregelmäſsigen Plaques, deren Gröſse von der eines Fünfpfennigstückes bis zu der einer Handfläche und auch darüber schwankt.

Das wesentliche Element ist von Anfang an ein miliäres Pustelchen, das auf einer roten, entzündlichen, etwas erhabenen Basis sitzt.

Zuerst sieht man eine Rötung der Haut. Die Haut erscheint lebhaft rot bis blaurot, ödematös geschwollen, etwas erhitzt, von der gesunden Umgebung abgesetzt. Und auf dieser erythematösen Basis tauchen sofort die Pustelchen gruppenweise auf, die miliär und anfangs nur mit Hilfe einer Lupe sichtbar sind. Sie stehen dichtgedrängt, aber isoliert, so daſs die befallene Haut ein spezifisches Aussehen annimmt, indem die roten, leicht infiltrierten Plaques an ein Reibeisen en miniature erinnern. Die Plaques dehnen sich nach und nach aus und konfluieren am Ende, indem neue Plaques, immer mit den beschriebenen Charakteren, auftauchen. Die

Pusteln trocknen in weiterem Verlauf ab und verkrusten sich zu einer leichten gelblichen Borke, während an ihrer Peripherie neue Kreise circinär angeordneter, von einem roten Ring umsäumter Pusteln auftreten. Bei vielen Plaques verbindet sich mit der peripheren Ausdehnung eine zentrale Abheilung. An verschiedenen Stellen sind die Krusten abgefallen, und hier ist die zentrale Rückbildung noch besser zu beobachten. Die Haut ist dort blaſsrot, nicht secernierend, nicht ulcerierend, kaum nässend. Die Oberhaut ist etwas dünner als gewöhnlich, die Ränder sind noch mit Krusten bedeckt und ringsherum von neu auftauchenden, sich circinär anordnenden Pusteln eingeschlossen. Auf dem Sternum (in der Mitte) sieht man einen fünfmarkstückgroſsen, von der gesunden Haut nicht scharf abgegrenzten, kaum erhabenen Fleck, dessen Ränder nicht so deutlich wie gewöhnlich abgesetzt sind; aber auf demselben finden sich die typischen, dicht gedrängten Pustelchen, von erythematösen Ringen umgeben.

Die gröſsten Plaques findet man auf den hinteren und unteren Partien des Thorax. Dort ist eine nahezu viereckige, sehr groſse Plaque von zirka 10×7 cm, deren Ränder mit festanhaftenden, dünnen, gelblichen Krusten bedeckt sind, während ganz an der Peripherie neue und zahlreichere, in zwei oder drei Reihen angeordnete Pusteln auftauchen. Die innere Partie ist schon klinisch abgeheilt; es bleibt nur eine mäſsige Rötung und die Epidermis ist sehr dünn und leicht abschuppend.

Auf den oberen Teilen des Thorax sind nicht so groſse Plaques zu konstatieren, sondern spärliche Gruppen.

An der Stirn sind nur zwei kleine Plaques zu sehen, nicht gröſser als ein Markstück, von welchen die eine unregelmäſsig rund, die andere etwas länglich ist. Beide sind mit ziemlich dicken, fest anhaftenden Krusten besetzt und von einem roten entzündlichen Saum mit vielen neugebildeten Pusteln rings umschlossen.

An der Kopfhaut sind kleine, zahlreich disseminierte Plaques, welche sich allmählich ausdehnen und konfluieren. Die Krusten sind hier etwas dicker, festhaftend und nehmen einen schmutzigweiſsen Farbenton an.

Die Unterschenkel zeigen (links und rechts) zwei mehr als eine Handfläche groſse Plaques, welche unregelmäſsig rund erscheinen und vollständig mit rupiaähnlichen Krusten bedeckt sind. Ringsherum sind diese Plaques, wie immer, von einem lebhaft roten entzündlichen Hofe mit zahlreichen neugebildeten pustulösen Elementen umsäumt.

Die Genitalien und Genitalgegend sind auch voller Pusteln. Die groſsen Schamlippen sind ödematös und geschwollen. Die Haare sind ausgefallen. Die Pusteln scheinen hier noch dichter gedrängt als anderswo.

Was subjektive Symptome anlangt, so beklagt sich die Patientin über Schmerz, leidet an ziemlich starkem Jucken und man sieht hier und da, wo die Patientin sich gekratzt hat, streifenförmige, parallele Linien,

wo die Haut gerötet, etwas erhaben und entzündlich ist und mit groſser Menge von miliären Pusteln besetzt.

Schleimhäute: Nichts Besonderes zu konstatieren, soweit direkte Untersuchung geschehen kann. Insbesondere zeigt die Mundschleimhaut keine Blasen.

Klinischer Verlauf.

28. Februar. Die Patientin hat sich die ganze Nacht erbrochen. Kontinuierliche Diarrhoe. Die Untersuchung des Stuhles ergibt nichts Besonderes, man findet weder Eiter noch Blut, keine Würmer; unverdaute Muskelfasern und Pflanzenfasern. Urin: Nichts Neues.

1. März. Drei diarrhoische Stühle. Kein Erbrechen. Die erythematöse Plaque auf dem Stamm ist vollständig mit miliären Pusteln besetzt. Andere miliäre Pusteln sind auf einigen pfennigstückgroſsen, erythematösen Plaques auf dem Schenkel links aufgetreten. Die Läsionen an den Waden sind wegen feuchter Verbände krustenlos und man konstatiert jetzt eine geringe Infiltration, welche die ganze Wade besitzt. Die Farbe der Läsionen ist rosarot; der innere Teil ist lamellös abschuppend. An der Peripherie tauchen immer neue Pusteln auf. Am linken Unterschenkel unter dem Knie sind die pustulösen Elemente zusammengeflossen, so daſs ein eitriger Blasenwall entsteht.

Die Patientin ist sehr deprimiert und hustet fast immer. Bronchitis.

2. März. Patientin hat einen schweren epileptischen Anfall, infolgedessen eine Luxatio mandibulae eingetreten ist (s. Figur). Temperaturmaximum 37,8.

3. März. Am Thorax hinten sind neue erythematöse Plaques erschienen und darauf miliäre Pusteln. Die Patientin befindet sich im allgemeinen besser. Kein Fieber, kein Erbrechen, keine Diarrhoe.

7. März. Kein Fieber, doch noch Diarrhoe. Patientin hat sich infolge des Juckens gekratzt: man sieht hier und da lineär und streifenförmig miliäre Pusteln.

9. März. Wieder Fieber und Erbrechen, kolliquative Diarrhoe. Neue Effloreszenzen sind nicht zu sehen. Dagegen haben die Hautveränderungen am Rumpfe etwa den Charakter einer Dermatitis exfoliativa angenommen: die Oberhaut fällt in groſsen, dünnen, schmutziggelblichen lamellösen Schuppen ab.

Urin: Eiweiſs in groſser Menge.

11. März. Urin: trübe. Reaktion: sauer; spezifisches Gewicht 1017; Eiweiſs 3‰; Indican stark vermehrt; Zucker abwesend; Aceton abwesend.

Mikroskopische Untersuchung: Zahlreiche weiſse Blutkörperchen. Phosphatkristalle. Granulöse und hyaline Cylinder. Nierenepithelzellen an Cylindern haftend und auch isoliert.

Blutuntersuchung:

Hämoglobin		65—70
Rote Blutkörperchen		3200000
Weifse Blutkörperchen		6700
Polinukleäre	neutrophil	65
	acidophil	5
	basophil	1
Lymphocyten	kleine	20
	grofse	7
Übergangsform		2
		100

Das Fieber ist noch gestiegen bis 39,5. Neue Pusteln tauchen in der Genitalgegend auf.

12. März. Immer Fieber bis 39. Nur spärliche, immer miliäre pustulöse Elemente, die isoliert bleiben und keine Tendenz zur Gruppierung zeigen. Kontinuierliche Diarrhoe. Sensorium benommen.

Urin: Viel Eiweifs. Cylinder: hyaline und granulöse. Leukocyten. Nierenzellen isoliert oder an Cylindern haftend.

13. März. Die Patientin hat sich während der ganzen Nacht erbrochen: Diarrhoe und galliges Brechen: Leichtes Delirium. Neue Symptome sind nicht zu konstatieren. Fieber bis 38.

14. März. Patientin klagt über unerträgliche Schmerzen in der Nierengegend. Sensorium und Verstand, wenngleich stark benommen, immer erhalten. Hochgradige Atembeschwerden, später komatöser Zustand.

Um 2 Uhr nachts Exitus.

Obduktionsbefund.

Körper schwächlich, sehr mager. Die Hauterscheinungen sind fast nicht zu erkennen. Die allgemeine Decke ist blafs. Man sieht hier und da Krusten und lamellös abschuppende Haut.

Hals dünn, Brustkorb normal. Abdomen eingezogen.

Kopf: Dura mater frei. Sinus longitudinalis: mit einem in dem oberen weifsen, in dem unteren Teile roten Blutgerinnsel erfüllt. Pacchionis Granulationen sehr deutlich.

Pia mater und arachnoides: ziemlich blutreich, die grofsen Venen von Blut strotzend.

Grofses Gehirn: etwas blutreich, feucht und glänzend. Die graue Substanz ist hyperämisch, die weifse ödematös. Keine Herdveränderungen.

Kleines Gehirn: ziemlich blutreich.

Herz: Im Herzbeutel wenige Kubikzentimeter einer serösen, hellgelblichen Flüssigkeit; mäfsiges Fett unter dem Herzbeutel. Herzklappen zart und frei. Aortaklappen ebenso wie die Pulmonarisklappen frei,

kein Atherom. In der rechten Herzkammer sind fibrinöse Gerinnsel zu sehen und noch flüssiges Blut.

Lungen: Spärliche und dünne, alte Adhäsion, besonders an der Spitze beider Lungenflügel. Die Lungen sind gebläht, etwas gerötet; sie bewahren nicht den Fingerdruck. Die peribronchialen Drüsen sind anthrakotisch. Die Schleimhaut der Luftröhre ist blaſsrosa und mit mäſsigem Schleim bedeckt. Katarrh der kleinen Bronchien. Nichts in Oesophagus und Trachea, Mund, Pharynx usw.

Abdomen:

Leber: Nicht vergröſsert, keine auffallende Veränderung.

Milz: Gröſse 30×7×3. Kapsel ziemlich stark verdickt, nicht mit dem Zwerchfell verlötet. Milzsubstanz nicht vermehrt. Die Follikel sind nicht sichtbar.

Nieren: Etwas geschwollen; Kapsel kann man nicht abziehen. Die Oberfläche ist glatt. Buntes Aussehen. Konsistenz vermindert. Die Substantia corticalis (6—7 mm) mit gelblichen parallelen Streifen. Die Pyramiden stark hyperämisch. Die Glomerula sichtbar.

Eingeweide: Die Schleimhaut etwas hyperämisch, leicht geschwollen und mit schleimiger Flüssigkeit bedeckt.

Magen: Gelblich gefärbte schleimige Flüssigkeit.

Harnblase: Wenige Tropfen trüben Urins. Die Wände sind im allgemeinen stark gerötet und besonders in dem Trigonum von Hämorrhagien gesprenkelt.

Gebärmutter: Absolut nichts zu konstatieren. Die Schleimhaut ist blaſs und zeigt keine Schwellung, keine Eiterung.

Nichts Besonderes zu sehen in den Ovarien, ebensowenig in den Tuben. Die Ovarien sind klein, weich und von normalem Aussehen. Äuſsere Mündung des Canalis cervicalis ist normal und ohne Narben.

Vagina: Auch nichts zu sehen.

Hymen: integrum.

Äuſsere Genitalien: Groſse Schamlippen vergröſsert, geschwollen, noch etwas ödematös und behalten den Fingerdruck. Kein Geschwür.

Der Drüsenapparat, abgesehen von einigen leicht geschwollenen Lymphdrüsen am Halse, zeigt nichts Abnormes.

Histologische Untersuchung der Haut.

Die besonderen Veränderungen finden sich in der Oberhaut. Es sind noch viele Pusteln vorhanden, alle oberflächlich. Einige liegen zwischen Stachel- und Hornschicht, andere noch oberflächlicher, nämlich in der Hornschicht.

Unter den Pusteln sind die zelligen Elemente der Oberhaut eng zusammengedrängt. Die Tingibilität der Kerne sowie des Protoplasmas ist

stark vermindert. Unter den größeren Pusteln findet man die Epidermisschichten stark reduziert und die Oberhautleisten nach der Tiefe verlängert. An verschiedenen Stellen sind die Veränderungen so stark, daſs von der Oberhaut nur noch ein dünner Streifen übrig ist, der keine Schicht mehr erkennen läſst. Auſserdem intracelluläres, perinukleäres Ödem. Zwischen den zelligen Elementen der Oberhaut sind spärliche Wanderzellen und besonders kleine runde, mit einem groſsen Kerne und wenigem Protoplasma versehene Lymphocyten.

Im Bindegewebe sind die fixen Elemente etwas vermehrt. Mastzellen sind ziemlich häufig, Plasmazellen sparsam. Das Bindegewebe ist leicht ödematös und die Lymphgefäſse erweitert. Die zellige Infiltration ist nur hier und da zu sehen, deutlicher in den obersten Schichten des Bindegewebes und im Papillarkörper. Die Gefäſse (auch die ziemlich tiefliegenden) sind stark erweitert und von Blut strotzend. Um die Gefäſse sind einige Plasmazellen zu sehen, aber die Infiltration ist im allgemeinen sehr gering.

Das elastische Gewebe erscheint normal. Elacin wurde nicht gefunden.

Bakteriologische Untersuchung.

Aus dem Pustelinhalt (Bouillon — Agar-Agar — Agar-Gelatine — Agar-Blut): Wiederholte Kulturen zeigen den Streptococcus pyogenes. Die Kulturen von den kleinsten Pusteln zeigen aber nichts.

Blutkulturen fielen immer negativ aus.

Während der Obduktion wurden Kulturen gemacht mit dem der rechten Herzkammer steril entnommenen Blut, mit Knochenmark, mit Leber, mit Milz. Alle diese Kulturen fielen immer negativ aus.

Die Schnitte der Haut in bakteriologischer Beziehung zeigten in den Pusteln und in den Gefäſsen weder Kokken noch Bakterien.

Epikrise: Wenn wir jetzt auf Grund der beschriebenen Symptome eine Diagnose stellen wollen, finden wir unsere Aufgabe vom klinischen Standpunkte aus sehr leicht, da die Symptome so typisch, der Ausschlag und die Hautveränderungen so prägnant, der Verlauf und das traurige Ende so bedeutungsvoll sind, daſs kaum eine andere Diagnose möglich ist, als: Impetigo herpetiformis.

Den Hauterscheinungen sind Schüttelfröste, Appetit- und Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit vorhergegangen, und die Krankheit hat sofort einen schweren klinischen Verlauf genommen. Der Verlauf war sehr kurz (anderthalb Monat), das Ende schlimm.

Das fundamentale Element war eine sehr kleine, miliäre bis hanfkorngroſse Pustel, welche von Anfang an als Pustel auftrat. Der Ausschlag zeigt eine vollständige Gleichförmigkeit. Wir sehen kein anderes Element, weder Quaddeln noch Blasen.

Die hauptsächlich befallenen Körperteile sind Genitalgegend und Rumpf; von der Genitalgegend gingen die Effloreszenzen aus. Die Pusteln bilden Plaques von verschiedener Gröſse; der innere Teil heilt ab, während an der Peripherie immer neue, eng zusammengedrängte, von rotem Hof umsäumte Pusteln aufschieſsen. Keine Narbe, keine Ulceration folgt den Erscheinungen. Die Beschreibung dieses Falles entspricht also vollständig den zuerst von HEBRA und später von KAPOSI betonten Postulaten. Zum Vergleiche möchte ich die klinischen Symptome dieser Autoren noch einmal hierherstellen:

HEBRA charakterisiert die Erkrankung folgendermaſsen: „Gruppenweise oder kreisförmig angeordnete mit gelber eitriger Flüssigkeit erfüllte Effloreszenzen (Pusteln), die zu gelben flachen Borken vertrocknen, unter welchen eine rote, nässende, exkoriierte und nicht ulcerierende Fläche bemerkbar wird und in deren Peripherie neue Pustelgruppen und Pustelkreise auftreten.“

Zum Charakter der Impetigo herpetiformis gehören nach KAPOSI:

1. „Miliäre primäre als solche auftauchende oberflächliche, d. i. epidermoidale Pustelchen.
2. Dieselben erscheinen durchweg, d. h. während des ganzen Verlaufes und an jeder Eruptionsstelle in gleicher Form und Gröſse.
3. Sie sind stets in Gruppen und Haufen gestellt und dieselben Effloreszenzen erscheinen an der Randpartie eines älteren konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort oder nach kurzem Stadium des Nässens Überhäutung stattfindet, und niemals Ulceration und Narbenbildungen.“

Er gibt noch andere klinische Charaktere an, wie z. B. das ausschlieſsliche Vorkommen bei Schwangeren oder Puerperis, das begleitende Fieber, gewisse Prädilektionsstellen, den letalen Verlauf; aber KAPOSI hält diese Attribute für weniger wichtig, wie er denn auch selbst sich nicht scheute, einen Fall von Impetigo herpetiformis in mare zu beschreiben.

Ergebnisse.

Mir scheint, daſs der von mir beobachtete Fall einige wenige, aber sichere Schlüsse zuläſst. Die Sicherheit beruht darauf, daſs der Fall in klinischer Beziehung einwandfrei ist. Bei der Impetigo herpetiformis ist aber bis jetzt nur auf die klinische Übereinstimmung mit dem von HEBRA gezeichneten Bilde Wert zu legen, denn weder von der Histologie noch von der Ätiologie besitzen wir bisher eine klare, einwandfreie Anschauung.

In Beziehung auf die Histologie hat auch mein Fall nichts Neues beigetragen. Doch ist zu hoffen und zu erwarten, daſs künftige Fälle ein typisches histologisches Bild dem typischen klinischen an die Seite stellen werden.

Dagegen bringt mein Fall für die Frage der Ätiologie einen wie mir scheint nicht unwichtigen Beitrag, da die Obduktion ergab, dafs weder eine septikämische Affektion, noch überhaupt eine Affektion der Genitalien vorlag. Ja, es ergab sich, dafs die Patientin virgo intacta war. Hiermit ist ein für allemal eine notwendige Beziehung der weiblichen Genitalien zur Impetigo herpetiformis ausgeschlossen. Auch in ätiologischer Beziehung mufs die zukünftige Forschung darauf bedacht sein, dem scharf geprägten klinischen Bild eine einheitliche Ätiologie an die Seite zu setzen.

In prognostischer Beziehung lehrt unser Fall Vorsicht. Bei den ersten Autoren (Hebra-Kaposi) wurde die Prognose als vollständig ungünstig bezeichnet, während sich die nachfolgenden berechtigt hielten, die Prognose nicht mehr als so ungünstig zu betrachten.

In der Statistik von Borzecki finden wir auf 34 Ausbrüche der Krankheit 14 Heilungen; aber wir sehen, dafs es in Wirklichkeit nur 9 Heilungen sind. Denn einige Patienten die geheilt schienen, starben später an einem aufgetretenen Rezidiv. Im ganzen, mit dem Fall von Nobl und von Scherber und mit dem meinigen, haben wir 10 Heilungen zu verzeichnen in Vergleich mit 21 letalen Ausgängen, und wenn wir die Möglichkeit der Rezidive in Betracht ziehen, die noch schwerer als der erste Anfall sein können, so finden wir den Optimismus der Autoren nicht ganz gerechtfertigt. In meinem Falle z. B. trat der letale Exitus nach dem vierten Rezidiv ein, nachdem der erste Anfall vor vier Jahren stattgefunden hatte.

Literatur.

1. Auspitz, *System der Hautkrankheiten*. S. 74.
2. — Herpes vegetans. *Arch. f. Dermatol.* 1869. S. 246.
3. Hebra, *Wien. klin. Wochenschr.* 1872. Nr. 48.
4. Heitzmann, *Arch. of Dermatol.* Jan. 1878.
5. Neumann, *Hautkrankheiten.* 1880. S. 268.
6. Sherwell, A case of Impetigo herpetiformis. *Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases.* 1880.
7. Boardman, A case of Impetigo herpetiformis. *Boston Medical and Surgical Journal.* 2. Okt. 1881.
8. Ziemssen, *Hautkrankheiten.* 1883. S. 550.
9. Hebra, *Krankhafte Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde.* 1884. S. 197.
10. Besnier, *Ann. de Dermatol.* 1884. 1885.
11. Pataky, *Wien. med. Blätter.* 1886. Nr. 20.
12. Schwarz, Ibidem. 1887. Nr. 27.
13. Zeisler, Zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1887. S. 950.
14. Kaposi, Die Impetigo herpetiformis. *Vierteljahresschr. f. Dermatol.* 1887.

15. Maret, Über die Impetigo herpetiformis von Hebra. *Thèse de Strassburg*. 1887.
16. Brocq, *Ann. de Dermatol.* 1888. S. 17.
17. — *Traitement des maladies de la Peau.* 1889.
18. Du Mesnil et Marx, Über Impetigo herpetiformis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889.
19. Kaposi, Hautkrankheiten.
20. — *Maladies de la Peau.* Trad. Besnier et Doyon.
21. Radcliffe Crocker, Pemphigus vegetans. *Royal Medical and Chir. Society.* 1889.
22. Dubreuilh, De l'Impetigo herpetiformis. 1892.
23. Wolf, Die Hautkrankheiten. 1893.
24. Sabolotzky, Verhandl. d. Moskauer dermatol. Ges. Nov. 1893.
25. M'Call Anderson, *A Treatise on Diseases of the Skin.* 1894. S. 292.
26. Breier, *Zeitschr. f. Dermatol.* 1894. Bd. 1.
27. Dauber, *Arch. f. Dermatol.* 1895.
28. Schültze, Ibidem. 1895.
29. Max Joseph, *Hautkrankheiten.* 1895. S. 65.
30. Tommasoli, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 45.
31. — Le affezioni bollari della pelle.
32. Whitehouse, *Journ. of Cut. and Gen.* 1898.
33. Hartzel, Ibidem. 1898.
34. Grosz, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 45.
35. Rille, Ibidem. 1898. Bd. 46.
36. Pollock, *Dermatol. Zeitschr.* 1900.
37. Ehrmann. 1900.
38. Gunsett, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901.
39. Lang, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1902. S. 422.
40. Unna, Hautkrankheiten.
41. Malcolm Morris, *Diseases of the Skin.* S. 144.
42. Radaeli, Pemfigo e Pemfigoidi. *Tesi di libera docenza.*
43. Glaserfeld, Inaug.-Dissert. München 1904.
44. Nobl, *Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21 u. 22.
45. Brocq, *Pratique dermatologique.* Bd. 1, S. 685.
46. Borzecki, *Arch. of Derm. u. Syph.* 1905. Bd. 77.
47. Lesser, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.*
48. Kren, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1907. S. 298.
49. Hallopeau, Acrodermatitis continues.
50. Kügler, *Med. Wochenschr.* Dez. 1908.
51. Jarisch, Hautkrankheiten. 1908.
52. Scherber, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909.

Versammlungen.

Verhandlungen der Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jahrg. 8, Nr. 4.

Sitzung vom 14. Juni 1908.

Ein Fall von syphilitischem Fieber, von Poirier-Antwerpen. Bei einem 18jährigen Mädchen traten etwa 14 Tage nach dem Akquirieren eines Schankers Fiebertemperaturen bis zu 39,8 im Verein mit Kopfschmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl auf. Unter Jodkalium vergingen diese Störungen bei gleichzeitiger Entwicklung eines papulo-erythematösen Ausschlages.

Behandlung des Lupus erythematodes nach der Holländerschen Methode, von Poirier-Antwerpen. Die Affektion hat bei der 56jährigen Patientin seit ihrem 15. Lebensjahr bestanden; unter dem internen Gebrauch von 0,5 Chininsulphat (zweimal täglich) und lokalen Applikationen von Jodtinktur ist in drei Monaten eine entschiedene Besserung eingetreten.

Zwei Fälle von Lepra (zweite Vorstellung), von Poirier-Antwerpen. Eine erkennbare Besserung ist bei beiden Kranken eingetreten. Die Behandlung umfaſste Bäder mit einer Abkochung von Eukalyptusblättern, Injektionen von Eukalyptusöl, Kauterisieren mit dem Brennstift, Salben von Ichthyol, Salicylsäure und Pyrogallussäure nebst blanderen Applikationen auf ulcerierten Stellen.

Endarteritis obliterans bei einem Luiker, von Laitat-Brüssel. Etwa zwei Monate nach der Primäraffektion entstanden bei einem 20jährigen Manne an vier Zehen des einen Fuſses unter intensiven subjektiven Erscheinungen trotz geeigneter Behandlung ausgedehnte Ulcerationen, deren Auftreten sich L. nur durch eine syphilitische Endarteriitis des affizierten Gebietes erklären kann.

Skrophulo-tuberkulöse Lymphome, von Lespinne-Brüssel. Nach spontanem Durchbruch an der einen erkrankten Stelle am Halse wurde Jacobssches Tuberkulin injiziert, und unter dieser Behandlung (vier Injektionen, Stärke Nr. I, in zwölf Tagen) heilte das Geschwür in 14 Tagen vollkommen aus, während zugleich die sonstigen Läsionen sich erheblich besserten.

Ein noch unbeschriebener, flüchtiger, auf Reiz hervortretender Ausschlag bei einem Syphilitiker, von Minne-Gand. (Zweite Vorstellung.) Die in der vorigen Sitzung besprochene Affektion besteht noch zurzeit.

Fibromatosis lymphangiectatica und Neurofibromatosis, von Minne-Gand. Die Affektion bei der 42jährigen Frau stellte sich dar als eine circumskripte elephantiastische Wucherung am Vorderarm und hatte sich bereits im dritten Lebensjahr im Anschluſs an einen Sturz eingestellt. Die beigefügten Radiogramme zeigen, daſs eine Fraktur des Radius stattgefunden hat, und daſs an einzelnen Metakarpalknochen trophische Störungen eingetreten sind.

Das Mikrosporon Audouini und dessen Übertragbarkeit auf Tiere, von Minne-Gand. Demonstration von Kulturen dieses Pilzes und einer Hautaffektion, welche durch Impfung desselben an einem Meerschweinchen hervorgerufen wurde.

Primärsyphilid des Kinnes, von A. Morelle-Brüssel.

Naevus verrucosus zoniformis unilateralis, von Morelle-Brüssel. Die sehr ausgedehnten Läsionen bei dem jungen Mädchen wurden durch Kauterisieren mit dem Thermo- und dem Galvanokauter günstig beeinfluſst.

Dementio paralytica praecox bei einem Luiker, von Bayet-Brüssel. Der 30jährige Patient hatte sich angeblich erst sechs Jahre zuvor infiziert.

Multiple Primärsyphilide, von Bayet-Brüssel. Der Patient bietet am Kinn vier diskrete Primärgeschwüre dar (Abbildung).

Seborrhoea psoriasiformis, von Thomson-Brüssel. Das Photogramm zeigt ausgedehnte Läsionen an der Brust und dem Bauch des 20jährigen Jünglings, welche als Übergänge von Seborrhoe in Psoriasis zu deuten sind.

Syphilis tuberosa, von Thomson-Brüssel. Fall von umfangreichen luischen Wucherungen an der Stirn und dem Kinn bei einem jungen Mädchen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 5.

1. **Über die Bedeutung der positiven Wassermannschen Reaktion,** von Fritz Hoehne-Frankfurt a. M. Nach H. beweist positiver Ausfall der Wassermannschen Probe nicht nur, dafs Lues einmal vorhanden war oder noch vorhanden ist, sondern auch, dafs noch aktives syphilitisches Virus im Organismus sich befindet und, wenn auch versteckt, im Körper arbeitet; die positive Reaktion ist also ein Symptom der Lues. Obwohl die Gefahr eines drohenden Rezidivs durch den positiven Ausfall der Probe angezeigt wird, hält H. es doch für verfehlt, die chronisch-intermittierende Behandlung aufzugeben und dafür intermittierende Blutuntersuchungen vorzunehmen, deren Ergebnisse für die Einleitung oder Nicht-Einleitung einer Kur mafsgebend wären. Die chronisch-intermittierende Behandlung in den ersten Jahren nach der Infektion soll beibehalten, ihre Wirkung aber in geeigneten Zwischenräumen durch die Wassermannsche Probe kontrolliert werden; je nach dem Ausfall der Probe sind stärkere oder schwächere Mittel, energische oder milde Kuren anzuwenden. In späteren Jahren sollen dann viertel- bis halbjährlich Blutuntersuchungen gemacht werden; bei positivem Resultat ist die Einleitung energischer Kuren indiziert, um in solchen Fällen drohende Erkrankungen des Zentralnervensystems zu verhüten.

2. **Über Nephritis syphilitica im Frühstadium der Lues,** von Heinrich Winkler-Berlin. Nach einer Übersicht über die wichtigsten der bisher beschriebenen Fälle von akuter syphilitischer Nierenentzündung im Frühstadium der Lues schildert W. eine einschlägige Beobachtung, die eine 20jährige Patientin betraf. Die Nephritis setzte gleichzeitig mit einem sekundären papulösen Syphilid recht stürmisch ein, es traten sehr rasch Ödem, Ascites und doppelseitiger Hydrothorax auf. Der Eiweifsgehalt des Harnes ging nach Injektion von 0,03 Sublimat und 0,35 Hydrargyrum salicylicum von 20‰ auf 0,4‰ zurück, die anfänglich sehr zahlreichen Cylinder wurden spärlicher, die Wasseransammlungen verschwanden. Die Einreibungskur, zu der wegen der Schwäche der Patientin übergegangen wurde, vermochte das Albumen nicht ganz zu beseitigen, erst nach zwei weiteren Injektionen von je 0,1 Hydrargyrum salicylicum hörte die Ausscheidung von Eiweifs und Cylindern in kurzer Zeit vollständig auf. Acht Wochen später fand sich, aber nur einen Tag hindurch, wieder 0,1‰ Albumen im Harn, am gleichen Tage traten Kopfschmerzen, leichte Benommenheit und Krämpfe auf; diese Erscheinungen wiederholten sich 14 Tage später noch

einmal, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. Ob es sich bei diesen Krämpfen um urämische oder hysterische Anfälle oder um leichte luetische cerebrale Reizsymptome gehandelt hat, konnte nicht festgestellt werden.

Die Prognose der akuten frühsyphilitischen Nephritis scheint günstiger zu sein, als die der meist chronisch werdenden Nierenentzündungen bei anderen Infektionskrankheiten. Zur Behandlung empfiehlt W. Schmierkuren oder Sublimatinjektionen; ausnahmsweise, wenn dadurch, wie in dem beschriebenen Falle, Heilung nicht herbeigeführt wird, kann, natürlich unter sorgfältigster Kontrolle, Einspritzung eines milden unlöslichen Quecksilbersalzes versucht werden.

3. **Ein in der Schwangerschaft rezidivierendes Ulcus der grofsen Labien,** von August Mayer - Tübingen. Bei einer sonst gesunden Frau waren während der fünften Schwangerschaft Geschwüre im Mund entstanden, die nicht mehr dauernd vergingen und nach der Entbindung alle drei Wochen prämenstruell exacerbierten oder rezidivierten. In der achten Schwangerschaft waren an den grofsen Schamlippen ähnliche Geschwüre aufgetreten, die im Verlaufe der Gravidität drei- bis viermal wiederkehrten. In der zehnten Woche der neunten Schwangerschaft stellte sich abermals Geschwürsbildung im Munde und an den Genitalien ein. M. fand bei der ersten Untersuchung im sechsten Schwangerschaftsmonat die rechtsseitigen Schamlippen ödematös geschwollen und entzündet, hinten auf der rechten grofsen Labie safs ein talergrofses, 2—3 mm tiefes, speckig belegtes Ulcus, dessen scharfe Ränder etwas aufgeworfen, zum Teil überhängend und nur an einer Stelle der Peripherie derb waren. Nachdem Lues dem negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion zufolge ausgeschlossen war, wurde das Ulcus exzidiert; es erwies sich als einfaches, mit nekrotischen Massen belegtes Geschwür. Während der Gravidität rezidivirte das Ulcus noch öfter auf seinem ursprünglichen Boden und in dessen Umgebung, namentlich auch auf der korrespondierenden Stelle der linken grofsen Schamlippe; es entwickelte sich stets aus einem linsengrofsen Bläschen, das sehr schnell nekrotisch zerfiel. Vier Wochen ante partum trat spontan Heilung unter Narbenbildung ein.

Die Erkrankung der Mundschleimhaut konnte nur als Stomatitis aphthosa aufgefafst werden, und höchstwahrscheinlich handelte es sich auch bei den Geschwüren an den Schamlippen um Ulcera aphthosa. Als Ulcus rodens, Ulcus diphtheriticum, Noma usw. konnte der Prozefs an den Genitalien jedenfalls nicht gedeutet werden, ebensowenig als Herpes. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 13. Nr. 5.

I. **Einflufs der Cystocele vaginalis auf Behandlung und Heilung der blennorrhoischen Cystitis,** von Everette E. Padgett-Indianapolis. Der Verfasser führt aus, dafs in manchen Fällen, wo Prolapsus vaginae die Ursache der Cystocele ist, die Vaginofixation notwendig ist, um Dauerheilung der Blennorrhoe zu erreichen.

II. **Fall eines ungewöhnlich kurzen Ureters,** von Winfield Ayres-New York. Bei einer tuberkulösen Niere bestand der zugehörige Ureter aus einem harten fibrösen Strange, dessen Durchgängigkeit fast völlig aufgehoben war.

III. **Geschichte und Äthiologie der Blennorrhoe,** von Henry G. Spooner-Boston. Historische Studie mit reicher Literaturangabe.

IV. **Der Wert der Harnuntersuchung in der Dermatologie,** von Henry R. Harrower-Chicago.

V. **Diagnose der chronischen Blennorrhoe beim Weibe,** von Alexander Hamilton Peacock-Seattle. Nichts Neues.

VI. **Extragenitale Syphilisinfektion von Kindern**, von Carl Leiner - Wien. Bericht von sechs Fällen, bei denen die Diagnose teilweise auf Psoriasis vulgaris und Skrofuloderma gestellt wurde. Die syphilitische Ätiologie der Krankheitserscheinungen konnte durch Nachweis der Spirochaeta pallida und positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion sichergestellt werden.

VII. **Die staatliche Fürsorge bei Lepra in Norwegen und in den Vereinigten Staaten**, von Albert S. Ashmead - New York. Der Verfasser schätzt die Zahl der Leprakranken in den Vereinigten Staaten auf 3000 und fordert Einsetzung einer staatlichen Behörde zur Leprafürsorge nach norwegischem Vorbilde.

VIII. **Grofser Nackenkarbunkel, geheilt durch hochfrequente Ströme**, von Alexander J. Anderson-New Port. Kasuistik.

IX. **Kahlheit bei den Navajo- und Hopi-Indianern**, von Charles W. Sult-Juba. Unter den Indianern ist Kahlheit selten. Als Gründe hierfür nennt der Verfasser das Fehlen von Krankheiten der behaarten Kopfhaut — abgesehen von der häufig vorkommenden Pedikulosis —, die Einwirkung der Sonnenstrahlen und die Pigmentierung der Haut.

X. **Doppelte Vasektomie bei Verbrechern und geistig Minderwertigen**, von Henry Bogart-Brookville.

XI. **Die Entfernung der kongenitalen Naevi**, von Charles Miller-Chicago. M. empfiehlt in erster Linie die Anwendung der Elektrolyse. *Schourp-Danzig.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 7.

Die plastische Massage bei Gesichtsdermatosen nach L. Jacquet und R. Leroy, von L. Bizard. Es ist ein Fehler, dafs die Ärzte sich um das sehr wirkungsvolle Mittel der Massage bei Dermatosen, namentlich des Gesichts, zu wenig bekümmert haben. Man erzielt damit höchst befriedigende Resultate, namentlich bei Akne, selbst bei indurierten Fällen, bei Rosacea, Seborrhoe, Pigmentablagerungen, Hyperämien, Ekzem, Pruritus und anderen Abnormitäten; sogar Furchenbildungen hat man gelegentlich dabei eine gewisse Rückbildung erfahren sehen. Die Technik ist namentlich von Pospelow, Zabludowski, Brocq und andererseits von L. Jacquet präzisiert worden. Diejenige des letzteren Autors unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von derjenigen der anderen und besteht wesentlich in einem anfangs gelinden, allmählich immer intensiver werdenden Kneten der ganzen Dicke der Haut mittels leichter oder schwererer Pressungen derselben zwischen den Fingerbeeren, wobei man von der Mitte nach der Peripherie hin systematisch fortschreitet. Akute Dermatosen sind natürlich für diese Therapie ungeeignet, aber Akne, Erytheme, Hyperämien, Seborrhoe, Schwangerschaftspigmentierungen, Ekzeme usw. erfahren dabei eine ungemein günstige Beeinflussung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVII. April 1909.

I. **Albuminurie bei Scabies**, von Tschumakow. Die von Nicolas und Jambon in 100 Fällen von Krätze 16mal beobachtete Albuminurie hat Verfasser zu einer Nachprüfung veranlafst. Er fand unter 90 Fällen von Scabies und 10 Fällen von Ekzem zweimal eine schwere Albuminurie resp. Nephritis und zehnmal eine leichte Albuminurie, darunter in einem Fall bei Ekzem. In den beiden schweren Fällen wurden aufser der Albuminurie gekörnte Cylinder gefunden, während klinisch die Er-

scheinungen von Urämie bestanden, die unter der Behandlung nachließen. In dem einen dieser beiden Fälle hatte zwar schon früher eine Nephritis bestanden, die aber unter der Krätze stark zunahm. Während also in solchen Fällen die Nephritis als Resultat einer Exacerbation anzusehen ist, muſs die leichte Albuminurie bei Krätze als eine Reizung der Nieren durch die Resorption der Toxine aufgefaſst werden. Bei schwerer Nephritis ist eine Behandlung mit Teerpräparaten unbedingt kontraindiziert.

II. **Ein Fall von Mykosis fungoides**, von Bogrow-Moskau. (Cf. diese *Monatshefte*. Bd. 46, S. 249.)

III. **Augenblicklicher Stand der Lichtbehandlung (hauptsächlich der Röntgentherapie) im westlichen Europa**, von Bremener-Moskau. Nähere Beschreibung der Röntgen- und Finsen-Kabinette von Prof. Lesser, Prof. Blaschko, Nagelschmidt in Berlin, Prof. Neisser in Breslau, Doz. Kienböck, Doz. Holzknecht in Wien, wie der unter Prof. Ehrmann stehenden Lupusheilstätte in Wien.

IV. **Zur Frage der Syphilisdiagnose in Verbindung mit der Wassermannschen Reaktion**, von Fraenkel-Charkow. Auf Grund des Für und Wider der verschiedenen Autoren, welche sich über die Wassermannsche Reaktion ausgelassen haben, kommt Verfasser zum Schluſs, daſs es dort, wo die Syphilis diagnostiziert werden kann, überflüssig ist, noch die strittige, mühsame und kostspielige Wassermannsche Reaktion zur Hilfe hinzuzuziehen, und dort, wo sich klinisch keine sicheren Zeichen von Syphilis finden, riskant ist, sich auf diese Reaktion zu stützen, solange es noch nicht geglückt ist, eine Reinkultur von Spirochaeta pallida herzustellen.

V. **Ein Versuch der psychischen Untersuchung von Kindern mit hereditärer Syphilis**, von Schiperskaja. Die an 105 im Alter von drei bis elf Jahren stehenden hereditär-syphilitischen resp. von syphilitischen Eltern stammenden Kindern vorgenommenen mühsamen Untersuchungen der Verfasserin lehrten, daſs, je schwerer die Krankheit der Eltern, je weniger dieselben behandelt worden waren, desto stärker die Geistesschwäche ist, desto deutlicher die Erscheinungen von Syphilis überhaupt bei den Kindern ausgeprägt sind. Am meisten leiden aber, wie selbstverständlich, alle diejenigen geistigen Funktionen, welche aktive Aufmerksamkeit, Geistesgegenwart und Kombinationsvermögen fordern. Allen Kindern gemeinsam ist die Willensschwäche und die Möglichkeit ihrer leichten Beeinflussung.

VI. **In Anlaſs des Artikels von Dr. Mironowitsch: „Zur Übertragung der Blennorrhoe auf die Tiere“** (cf. diese *Monatsh.* Bd. 48, S. 228), von Miropolski. Eine persönliche Polemik.

VII. **Ein Fall von akutem Tripper mit zweiwöchentlicher Inkubation und vorwiegender Lokalisation der Gonokokken im Epithel**, von Selenew. In der schwierigen Frage, ob es sich bei langer Inkubationszeit des Trippers um einen frischen Tripper oder um Exacerbation eines chronischen Trippers handelt, kann nach Ansicht von Selenew, wie er an einem Beispiel zeigt, die mikroskopische Untersuchung des Sekrets zu Hilfe kommen. In dem betreffenden Fall handelte es sich um den Ausbruch des Trippers zwei Wochen nach dem Coitus bei einem Individuum, welches 15 Jahre früher einen Tripper gehabt hatte, der völlig auskuriert worden sein sollte. Da sich aber die reichlichen Gonokokken in diesem Fall am dritten Tage nach Ausbruch der Krankheit fast ausschlieſslich in den Epithelzellen fanden, spricht S. seinen Fall für eine Exacerbation des vor Jahren bestandenen Trippers an.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Behandlung der Nervensyphilis, von Georg Köster. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 2.) Die Behandlung der Nervensyphilis hat eine spezifische zu sein. Das Hg wirkt nach K.s Ansicht am besten als Schmierkur und ist ebenso nötig wie Jod. Am besten gibt man beides. Die lokale Behandlung (Elektrizität, Massage, Hydrotherapie) ebenso der Aufenthalt in geeigneten Kurorten sind von großer Bedeutung. *Haas-Hamburg.*

Drei Fälle von Epilepsie auf luetischer Basis, von Oskar Woltär. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) In seinen drei Fällen betrachtet Autor die Lues als ätiologisches Moment für die vier bis sieben Jahre post infektionem, in dem einen Fall sogar als Symptom einer Lues hereditaria auftretende Epilepsie. In einem der Fälle hatte eine Schmierkur prompte Besserung und Befreiung von den Anfällen zur Folge. *Arthur Schucht-Danzig.*

Lungensyphilis. Syphilis und Lungentuberkulose, von M. Derscheid. (*La Policlinique.* 1909. Nr. 2.) Verfasser stellte in der Sitzung der poliklinischen Ärzte in Brüssel zwei Fälle von Lungenleiden vor. In dem einen handelte es sich um einen 17jährigen Patienten mit bedenklichen Erscheinungen an den Lungen, bei dem sowohl die Untersuchung des Sputum auf Tuberkelbazillen, wie auch die Ophthalmoreaktion nach Calmette und die Tuberkulinprobe negativ ausfielen. Auf Grund der eingedrückten Nase des Patienten und der Hutchinsonschen Zähne wurde vom Verfasser der Verdacht auf Lues hereditaria angenommen und die eingeleitete Jodmedikation hat diesen Verdacht bestätigt, — der Zustand wurde wesentlich gebessert.

In der Diskussion warnt Dubois-Havenith vor der Annahme einer Lungensyphilis nur auf Grund der eventuell vorübergehenden Besserung nach Joddarreichung; die Wassermannsche Reaktion könnte hier vielleicht zur Klärung des Falles behilflich sein.

Im zweiten Falle einer schweren Lungentuberkulose bei einem Syphilitiker wurde Besserung nach Anwendung von Injektionen von grauem Öl erzielt, zum Beweis, daß die Behandlung der Syphilis auch auf die gleichzeitig vorhandene Lungentuberkulose günstig einwirkt. — Dubois-Havenith zieht in solchen Fällen Injektionen löslicher Quecksilberpräparate vor. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Lungensyphilis beim Erwachsenen, von T. Sugai-Tokio. (*Centralbl. f. allg. Path. usw.* Bd. XX. Nr. 5.) Bei einem 25jährigen Manne mit schlechtem Ernährungszustande fand sich resistent tympanitischer Schall mit Stenosengeräusch der Bronchien und Rasselgeräuschen. Die Autopsie ergab Lungengumma und interstitielle Pneumonie, Hepatitis intersitialis syphilitica, glatte Atrophie der Lungenwurzel, Orchitis interstitialis syphilitica. *Schourp-Danzig.*

Magensyphilis, von Arthur Curtis-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 15.) Mitteilung eines Falles. *Schourp-Danzig.*

Die Darmleiden syphilitischer Natur. Zusammenfassende Übersicht von E. Luna. (*Il policlinico.* X. Jahrgang, Heft 5.) Unsere Kenntnisse von den syphilitischen Erkrankungen des Darmes sind recht rar. In der Sekundärperiode treten in seltenen Fällen zur Zeit des Exanthems Diarrhoen, Tenesmen und Darmschmerzen

auf, so dafs man an ein Enanthem denken könnte; dafür fehlt aber der pathologisch-anatomische Beweis. In der Tertiärperiode sind Darmerkrankungen häufiger. Die Enteritis syphilitica des Dickdarms unterscheidet sich klinisch nicht von einer gewöhnlichen Enteritis chronica und ist sehr selten. Pathologisch-anatomisch gibt es zwei Formen, die gummöse und die Enteritis hyperplastica. Die gummösen Geschwüre, einfach oder multipel, bevorzugen die Gegend des S. iliacum. Verfasser ermahnt, bei chronischen Darmkatarrhen, bei Ausschlufs anderer ätiologischer Momente, auch an eine syphilitische Erkrankung zu denken. *Haas-Hamburg.*

Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, von W. Fischer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 19.) Als erster gab Engel-Reimers seiner bestimmten Überzeugung Ausdruck, dafs die Syphilis, welche in der Frühperiode zuweilen einen günstig verlaufenden Ikterus veranlafst, wenige Monate nach der Infektion den Symptomenkomplex der akuten gelben Leberatrophie hervorrufen kann. Bei dem einen hier mitgeteilten Fall fanden sich in keinem der Organe Spirochäten. Autor nimmt daher toxische Vorgänge allgemeiner Natur als ätiologisches Moment an. Selbst wenn man wirklich die Toxine des Syphiliserregers als ursächlich annimmt, bedarf es seines Erachtens immer noch eines unbekannten auslösenden Momentes, ohne welches wir bei der weiten Verbreitung der Syphilis für die so seltene, schwere Beteiligung der Leber keine Erklärung finden. Es wird dabei auf die Sambergerschen Versuche über Alterationen des Leberstoffwechsels verwiesen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die balneotherapeutische Unterstützung von Quecksilberkuren, von R. Ledermann-Berlin. (*Zeitschr. f. Balneol.* 1908. Nr. 8.) Zu einer energischen Hg-Kur ist ein bestimmter Badeort oder das Trinken einer bestimmten Quelle nicht erforderlich. Besonders sind Kranke mit sehr ansteckenden Erscheinungen von Kurorten im Interesse der dort konfluierenden Nichtsyphilitiker fernzuhalten. Erst nach Beendigung der ersten Kur hält L. den Aufenthalt in einem Kochsalz- oder jodhaltigen Solbad für empfehlenswert, um durch den Gebrauch der entsprechenden Bäder verbunden mit Schwitzprozeduren (Lichtbäder) den Organismus umzustimmen und die Hg-Ausscheidung zu fördern. Für intermittierende Kuren im Latenzstadium, für Kranke mit leichten syphilitischen Affektionen des Nervensystems, so für Kranke, welche körperliche und seelische Ruhe bedürfen, eignen sich die Badeorte. Die Wirkung der Schwefelbäder ist zum Teil auf die den Stoffwechsel anregenden Eigenschaften der Bäder zurückzuführen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Mundpflege bei Quecksilberkuren mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste, von Boss-Strafsburg i. Els. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 10.) Empfehlung der Givasanzahnpaste, deren Grundlage das Hexamethylentetramin bildet. Tritt das letztere mit dem alkalisch reagierenden Mundspeichel zusammen, so tritt eine Spaltung ein, wobei Formaldehyd frei wird.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Neuere Leitsätze zur hypodermatischen Syphilisbehandlung, von G. Nobl-Wien. (*Zentralbl. f. d. ges. Therapie.* 1909, Heft 2.) Warme Empfehlung des grauen Öls zur Syphilisbehandlung, insbesondere des 40 %igen Vasenol Ol. cinereum, Verwendung der genau dosierenden Rekordspritze, Einspritzung intraglutaeal.

Haas-Hamburg.

Die Behandlung der Syphilis mit Arylarsinaten, von F. J. Lambkin. (Vortrag, Brit. Med. Assoc. am 31. Juli 1908.) Es wurden 74 Fälle teils mit Atoxyl, teils mit Soamin, teils mit beiden gleichzeitig behandelt. Die Arylarsinate verzögern und modifizieren die Sekundärerscheinungen und haben anscheinend günstige Wirkung auf alle syphilitischen Ulcerationen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zwei Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mittels Arylarsonate, von E. U. Bartholemew-London. (*Lancet.* 27. Febr. 1909.) In dem einen Falle hatte ein sonst gesunder Mann, in der Meinung Syphilis akquiriert zu haben, auf den Rat eines Freundes hin Soamin in steigenden Dosen genommen. Der schließlich befragte Arzt konstatierte eine einfache Akne. Der andere Fall betraf einen 26jährigen Luiker, welcher als Spätsymptom eine sehr entstellende und gegen Hg und JK refraktäre Entwicklung von Geschwüren an der Nase darbot. Injektionen von Orsudan (0,6) einen Tag um den anderen ausgeführt, bewirkten in drei Wochen eine vollständige Wendung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur inneren Behandlung der Syphilis, von Fedor Schmey-Beuthen. (*Reichs-Med.-Anz.* 1909. Nr. 6.) Zusammenstellung bekannter Pillenverordnungen. Sch. empfiehlt besonders eine von ihm durch Zusatz von Opium modifizierte Formel von Gibert:

Hydrarg. bijod.	1,0
Kalii jod.	10,0
Op. pur.	1,0
Pulv. et succ. liqu. qu. sat.	
Ut f. pilul.	100,0

S. dreimal täglich zwei Pillen. *Schourp-Danzig.*

Zur internen Therapie der Syphilis, von A. Pöhlmann-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 27.) Verfasser hat 15 Frauen und 10 Männer mit Mergal behandelt und kommt zu dem Resultat, daß dieses Mittel zwar an Wirksamkeit der Inunktionskur und der Behandlung mittels Injektionen nicht gleichkommt, aber immerhin als ein nützlicher Ersatz zu betrachten ist. Die Dosis betrug 3—12 Kapseln täglich; im allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen, und etwaige Nebenerscheinungen konnten meist prompt durch Verminderung der Tagesdosis beseitigt werden. Allerdings blieben Rezidive nicht aus. Hauptsächlich empfehlungswert dürfte das Mergal für eine milde intermittierende Kur im Fournierschen Sinne sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Syphilisbehandlung, von Rühl-Turin. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 8.) K. empfiehlt das Mergal als bestes internes Antilueticum.

Haas-Hamburg.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Die wichtigsten Formen der ekzematösen Eruption, Symptomatologie und Differentialdiagnose, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 2.) Als wichtigste Formen der ekzematösen Eruption führt G. auf:

Das kreisförmige Ekzem (eczéma nummulaire), dessen circumskripte, unsymmetrisch angeordnete, am Stamm und an den Extremitäten, besonders an den Armen lokalisierte Herde rundliche Gestalt haben;

das follikuläre Ekzem;

das lichenoide Ekzem, eine Zwischenstufe zwischen Ekzem und Lichen simplex; die Effloreszenzen sind teils Bläschen teils lichenartige Knötchen;

das psoriasiforme Ekzem, das eine Zwischenstufe zwischen Ekzem und Psoriasis darstellt und sich von diesem durch weniger scharfe Begrenzung der Herde, durch Nässen und Jucken und durch das Auftreten akuter Bläscheneruptionen unterscheidet;

das Ekzema impetiginosum;

das Ekzema akutum rubrum, das bei Leuten mit altem Ekzem vorkommt, mit der akuten Exacerbation eines chronischen Herdes beginnt, unter dem Bilde eines akuten Exanthems verläuft, oft mit Delirien, intestinalen Störungen und besonders mit Lungenkongestion einhergeht und durch das Auftreten roter, vorspringender, glänzender, zuerst isoliert stehender, dann konfluierender, juckender, schmerzhafter Flecke in den Leisten, an den Achseln, Ellbogen, Schenkeln, am Skrotum, zuweilen auch im Gesicht charakterisiert ist; infolge der zwischenhinein vorkommenden Eruption kleiner Bläschen dem Ekzem morphologisch nahestehend ist dieses Ekzema akutum rubrum nach GAUCHER doch eine Krankheit eigener Art;

das rhagadenförmige Ekzem (eczéma fissurique, eczéma craquelé), das sich durch das Vorhandensein zahlreicher Rhagaden und durch starke Transsudation auszeichnet; Bläschen kommen bei dieser Form nicht zur Beobachtung. *Götz-München.*

Behandlung des Ekzems mit Steinkohlenteer, von J. NICOLAS und A. JAMBON. (*Gaz. d. Hôpit.* 1909. Nr. 19.) Der unveränderte Steinkohlenteer, so wie er aus der Gasfabrik kommt, wird mit einem Pinsel aufgetragen und trocknet dann wie Firnis auf der Haut ein. Alle zwei Tage wird die Pinselung wiederholt. Die besten Resultate hat man mit dieser Behandlung beim nässenden Ekzem, auch am Kopf, ebenso bei trockenen und pruriginösen, sowie professionellen Ekzemen. Nicht beeinflußt werden lichenfizierte Ekzeme mit Fissuren und die disseminierten papulo-vesikulösen Formen. Wirkt der Steinkohlenteer zu sehr austrocknend, so wird ihm Schweineschmalz zu gleichen Teilen zugesetzt. *Gunsett-Straßburg.*

Beitrag zur Therapie des konstitutionellen Kinderekzems, von GEISSLER-Heilbronn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 8.) Bei zwei Kindern im Alter von 5 resp. 2½ Jahren, welche an hartnäckigem, öfters rezidivierendem Ekzem des Kopfes litten, wandte Verfasser die salzarme Kost nach FINKELSTEINschen Prinzipien an. Die damit erzielten Resultate waren günstig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Umschriebene fibromatöse Hyperplasie des Skrotums im Gefolge eines chronischen Ekzems, von GIACOMO DEFINE. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1909. Nr. 3.) Epitheliomähnlicher Tumor durch fortgesetztes Kratzen an einem pruriginösen Ekzem entstanden, der aus einem rein fibromatösen Gewebe mit Hyperplasie der Nervenfasern bestand. *Gunsett-Straßburg.*

Die Ätiologie der Psoriasis und verwandter Anomalien, von M. D. CHEVERS-Manchester. (*Lancet.* 1909. 13. Febr.) Von den drei zur Erklärung der Ätiologie der Psoriasis aufgestellten Theorien der parasitären Einwirkungen, des Lichthungers und der neurotischen Momente findet Verfasser die letzte die plausibelste. Die bekannten Läsionen an der Epidermis seien am ehesten durch eine vorhergehende Affektion der feinen cutanen Nervenfibrillen zu erklären, und die Lokalisation an den Streckseiten der Gelenke mit ihrer dickeren Haut und geringeren Versorgung mit Nerven stimmen hiermit überein, ebenso wie die so vielfach zu beobachtende symmetrische Verteilung. Als Analogie bespricht C. das angioneurotische Ödem. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa acuta benigna (BROCQ) auch érythème scarlatiniforme récidivant (FÉRÉOL und BESNIER), u. a. m. genannt, von VON CRIEGERN-Leipzig. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Nr. 5 und 6.) Eine 47jährige Frau, welche wegen eines (tuberkulösen?) Blasenleidens in der Kieler Klinik behandelt wurde, bekam eines Abends, zusammenfallend mit einer psychischen Aufregung (Furcht vor einer Blasenspülung), unter 39,8° Fieber eine plötzliche Rötung der Haut, die durchaus den Aspekt des Scharlachs gewährte. Die Rötung ging auf den ganzen Körper über. In der Umgebung der Augen, an den Ellenbogen und den Kniekehlen war auch die Subcutis geschwollen. Am nächsten Tage fiel die Temperatur

auf 37,4°, die Haut war blasser. Nach drei Tagen war die Rötung vollständig verschwunden, aufser am Gesäfs, und im Gesicht schilferte die Haut in dünnen, silberweifsen Lamellen ab. Zwei Tage später begann die Schuppung am übrigen Körper. Sie war staubförmig an den Augenbrauen, lamellös am Gesicht und Rumpf. An Händen und Füssen lösten sich ganze Fetzen ab. Vom sechsten Tage ab bestand kein Fieber mehr. An den drei ersten Tagen der Akme waren die Schleimhäute des weichen Gaumens und der Genitalien intensiv gerötet, der Blutbefund zeigte eine geringe Verminderung der Leukocyten. In den Tagen der Abschuppung war die Schleimhautrötung verschwunden, die Leukocyten im Blut um ein geringes vermehrt. Im Verlaufe von 16 Jahren in grofsen Abständen hatte die Patientin fünf derartige Anfälle gehabt, von denen die ersten noch viel heftiger als der letzt beobachtete waren. Drei Wochen nach dem fünften trat noch ein sechster leichterer Art ein. Der jetzt beobachtete war der siebente. Immer spielte eine psychische Aufregung eine Rolle. Jeder Anfall hatte früher drei bis vier Wochen gedauert und nach jedem traten Querfurchen auf den Nägeln auf, nach den fünften und sechsten gleichzeitig zwei.

Der Fall stimmt mit geringen Differenzen (z. B. Fehlen der Prodrome) mit dem von Brocq, Besnier, und Féréol aufgestellten Typus überein. Will man die von der Patientin beschuldigten psychischen Aufregungen als Ursache der einzelnen Paroxysmen gelten lassen, so würde man dieser Erkrankung im nosologischen System eine Stelle anweisen müssen in der Nachbarschaft mancher polymorpher Erytheme und Urticaria-Fälle oder des akuten umschriebene Ödems von Quincke. *Gunsett-Strafsburg.*

Ichthyosis und Schilddrüse, von E. Weill und G. Mouriquand-Lyon. (*La presse méd.* 1909. Nr. 14.) Auf Grund mehrfacher Beobachtungen und der in der Literatur gefundenen Fälle sprechen die Verfasser die Ansicht aus, dafs ein gewisser Teil der Ichthyosisfälle auf krankhaften Veränderungen oder mangelhafter Entwicklung dieses Organs beruhen und entweder allein oder in Verbindung mit anderen Erscheinungen des Dysthyreoidismus auftreten. Ein Beweis, dafs die in Rede stehende Erkrankung der Haut mit Veränderungen in der Schilddrüse in Verbindung stehen ist auch der, dafs durch Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten (Jodothyrin) die Hautveränderungen zurückgehen und auch gänzlich verschwinden um oft dann, nach Aussetzen der Behandlung, wieder aufzutreten. Es besteht ferner die Wahrscheinlichkeit, dafs auch ein gewisser Teil von Fällen, welche der hereditären Lues zugeschrieben werden, nur Folgen von Schilddrüsenerkrankungen sind.

Der Zusammenhang zwischen Thyreoiden und Ichthyosis ist darin zu suchen, dafs die Schilddrüse eine Rolle in der Ernährung des subcutanen Zellgewebes (Myxödem) und der Haut (Sklerodermie bei Morbus Basedowii und Myxödem) spielt und also angenommen werden kann, dafs Veränderungen der Schilddrüse Störungen in der Entwicklung der oberflächlichen Hautschichten bewirken können.

E. Toff-Braila.

Über den Parasiten der „Pityriasis nigra“, von G. Ciuffo. (*Boll. d. Soc. med.*, 1907, Pavia. 12. Juli). Pityriasis nigra, eine in den tropischen Gegenden vorkommende, durch die schwarze Farbe der Flecken charakterisierte, pityriasische Hautkrankheit, wurde besonders von Castellani eingehend studiert. Der Pilz, der ebenfalls schwarzgefärbte Kulturen gibt, erhielt von Castellani den Namen Mikrospora Mansoni. Ciuffo hat einen Stamm, den er von Castellani zugeschickt erhielt, weitergezüchtet und Impfungen an Menschen mit positivem Resultate vorgenommen.

Dalla Favera-Parma.

Ein Beitrag zur Behandlung der Seborrhoe, Komedonen und Akne des Gesichts, von Georg Joachim-Berlin. (*Allgem. med. Centr. Ztg.* 1909. Nr. 6.) Empfehlung der Benutzung der Pittylenseifen mit heifsem Wasser. *Schourp-Danzig.*

Die Vaccinetherapie der Akne vulgaris und der opsonische Index, von G. Scherber-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) S. hält nicht die Unnaschen Aknebazillen,[1] sondern die Staphylokokken für die Hauptursache der Vereiterung des Comedo und der Bildung des entzündlichen Akneknotens. Er hat dementsprechend mit Staphylokokkenvaccine gearbeitet und an der Klinik Fingers eine Reihe therapeutischer Versuche angestellt, aus denen er folgendes Urteil gewonnen hat: Mit der Vaccinetherapie sind bestimmte Heilerfolge zu erzielen; da aber die klinische Beobachtung und Einschätzung des jeweiligen Krankheitsbildes eine subjektive ist und wir für die Dosierung der Therapie auch im opsonischen Index kein exaktes Maſs haben, sind einmal Überdosierungen nicht immer ganz zu vermeiden, während andererseits der Anwendung bestimmte Grenzen gesetzt sind. Bei einer chronischen, immer wieder rezidivierenden Erkrankung, wie es die Akne vulgaris ist, wird nur eine intermittierende, länger dauernde Behandlung einen wesentlichen Erfolg herbeiführen. Die Vaccinetherapie ist darum noch nicht ohne weiteres in die allgemeine Praxis einführbar. *W. Lehmann-Stettin.*

Akne, von P. G. Unna - Hamburg. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 46.) Die Akne juvenilis ist kein so unschuldiger Schönheitsfehler: sie verändert schon in den leichtesten Fällen die Hautoberfläche in viel weiterem Umfange, als es den Anschein hat; in den mittelschweren Fällen ist sie eine ernste Hautaffektion, die unsere ganze Aufmerksamkeit beansprucht, und in den schwersten Fällen bedingt sie tiefgehende und zum Teil irreparable Zustände.

Nach einer klinischen und anatomischen Skizze schildert Verfasser die Indikationen für die Aknebehandlung. Immer sei auſser der punktförmigen Behandlung der Einzelfollikel eine allgemeine der gesamten Hautregion durchzuführen. Für die letztere eignet sich am besten von den mechanischen Mitteln der Pulvis cutifricius (Marmoris pulveris grossi, Saponis medicati pulverisati aa partes aequales), von den chemischen die Natronsuperoxydseife und der Schwefel, als Puder oder Wischwasser allein oder als Zusatz zum Pulvis cutifricius und zu den Deckpasten. Verfasser verordnet gewöhnlich bei Akne folgende hautfarbene schwefelhaltige Deckpaste:

Lycopodii cuticoloris 5,0
Sulfuris praecipitati 2,0
Eucerini ad 20,0

(Das Lycopodium cuticolor besteht aus: Zinci oxydati 5, Solutionis eosini spirituosi 1%ig 10, Lycopodii ad 100). — Bei stärkerer entzündlicher Röte tritt an deren Stelle eine Zinkschwefeldeckpaste.

Was die punktuelle Behandlung anbelangt, so ist ein fleiſsiger Gebrauch des Komedonenquetschers und eines feinen Messerchens zum Anstechen derjenigen Pusteln angezeigt, die der Patient selbst nicht beim Abreiben und Seifen bereits geöffnet hat. — Die zur innerlichen Behandlung der Akne empfohlenen Mittel — Arsenik, Schwefel und Hefe — sind wenig zuverlässig. Den Angaben über den Einfluſs der Diät steht Verfasser sehr skeptisch gegenüber. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Akne. (*Journ. americ. med. assoc.* 1909. Bd. 52, Nr. 5. Therapeutische Beilage. Ohne Namen des Verfassers.) Die wirksame Bekämpfung der Hypersekretion der Talgdrüsen muſs das Grundgesetz der Aknebehandlung bilden. Dazu empfiehlt es sich, die Gesichtshaut mit ein wenig Coldcream einzureiben und danach mit lauwarmem Wasser ohne Seife zu waschen oder mit Alkohol, Baryum oder einer anderen adstringierenden Lösung zu behandeln. *Schourp-Danzig.*

---

[1] Unna bekanntlich auch nicht. Red.

Beiträge zur Pemphigusfrage, von Ernst Eitner und Max Schramek-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 6.) In neun Fällen verschiedener Formen von Pemphigus wurde der Blaseninhalt bakteriologisch und experimentell untersucht, in fünf Fällen auch das Blut, ohne dafs ein Anhaltspunkt dafür gewonnen werden konnte, im Blaseninhalt, Serum oder Urin Pemphiguskranker spezifische, toxische oder bakterielle Substanzen annehmen zu müssen. Die Blaseneruption selbst beruht auf einem Reizzustande der Haut des Pemphiguskranken; mit den verschiedensten Mitteln, die auf normaler Haut gewöhnlich keine Wirkung haben, konnten Blasen hervorgerufen werden, wenn dies auch nicht mit der Regelmäfsigkeit gelang, wie frühere Untersucher, so namentlich Weidenfeld und Bruck, es beschrieben haben.

W. Lehmann-Stettin.

Scabies, von Douglas M. Montgomery - San Francisco. (*Californ. State Journ. of Med.* Febr. 1909.) Zusammenstellung altbekannter Salbenverordnungen.

Schourp-Danzig.

Die Behandlung der Tinea tonsurans, von R. L. Sutton-Kansas City. (*Americ. Journ. med. scienc.* März 1909.) Die Epilation bei Trichophytie der behaarten Kopfhaut wird am besten und schnellsten durch die Röntgenstrahlen erreicht, es ist aber nötig, dafs energische Antiseptika sowohl vorher wie auch vor allem beträchtliche Zeit nach der Entfernung der Haare zur Anwendung gelangen. Zu diesem Zweck empfiehlt S. eine Kombination von Jod und Quecksilber in der folgenden Weise: Wenige Minuten nach Pinselung der affizierten Stelle mit Jodtinktur wird eine 2%ige wässerige Sublimatlösung appliziert. Die Wirkung wird erreicht durch Jodquecksilber in statu nascendi, das, an sich wenig haltbar, aber sehr kräftig antiseptisch wirkend, sich bildet, wo die beiden applizierten Medikamente aufeinandertreffen. In letzter Zeit hat Verfasser statt der Lösungen Salben benutzt, die mit Gänsefett hergestellt sind.

W. Lehmann-Stettin.

Über Oospora lingualis nova species und Cryptococcus linguae-pilosae Lucet, Parasiten der Lingua nigra pilosa, von Fernand Guéguen-Paris. (*Arch. de parasit.* 1909. Bd. XII, Nr. 3.) Detaillierte bakteriologische Untersuchung eines Falles von schwarzer Haarzunge bei einem 68jährigen Patienten. Der Verfasser isolierte einen bisher noch nicht beschriebenen Pilz (Oospora lingualis). Der Pilz besitzt ein gegliedertes Mycel, das an den Septen leicht, in seine einzelnen Teile zerfällt. Nach seinen einzelnen Organen (Conidien, Chlamydosporen und tarsiformen, dem Favus ähnlichen Organen) scheint er morphologisch einer Übergangsform zwischen Trichophyton und Achorion anzugehören. Der Pilz ist mit dem Cryptococcus linguae pilosae vergesellschaftet, einer wohl charakterisierten, schon früher von Lucet beschriebenen Hefeform, welche auch das schwarze Pigment liefert. Therapeutisch empfiehlt der Verfasser Abkratzen der Zunge und Einpinselung einer 2%igen Karbolsäurelösung.

Gunsett-Strafsburg.

b. *Cutis.*

Der Erreger der Aleppobeule s. Orientbeule (Leishmania tropica), Histologie der Aleppobeule, von Ad. Reinhardt. (*Zeitschr. f. Hygiene etc.* Bd. 62, Heft 1.) R. gelang es, im Sekret und in Schnitten der Aleppobeule ein Protozoon nachzuweisen, das er mit Sicherheit als den Erreger ansieht. Er gleicht in Gestalt, Gröfse, doppeltem Kernapparat und intracellulärer Lagerung in mononukleären Makrophagen den bei Kala-Azar gefundenen Leishman-Donovanschen Körperchen und mufs deshalb zu der Gattung Leishmania gerechnet werden. Er nennt den Erreger dieser endemischen Beulenkrankheit Leishmania tropica (Wright). Diese besitzt zwei Geifseln, die Leishmania Douovani eine Geifsel. — Die histologische Untersuchung ergibt als charakte-

ristische Bestandteile der Aleppobeule ein in der Hauptsache als Granulationsgewebe zu bezeichnendes Gewebe, das sich in der Cutis ausbreitet. In diesem Gewebe entstehen durch die Tätigkeit der Leishmania tropica die der Aleppobeule eigentümlichen, in Haufen zusammenliegenden, parasitenbeherbergenden Makrophagen. Das reichliche Lymphocyten und Plasmazellen enthaltende Gewebe produziert besonders in den tieferen Schichten riesenzellenhaltige Knötchen. *Haas-Hamburg.*

Eine kurze Skizze über „Verruga peruana“, von James W. Allan. (*Glasgow med. Journ.* Febr. 1909.) A. hatte Gelegenheit, in Callao (Peru) eine Anzahl Fälle von Vorruga peruviana zu sehen und nach deren Ursprung zu forschen. Es stellte sich heraus, dafs all die Leute, welche von einer bestimmten Quelle ihr Trinkwasser entnahmen, die Krankheit akquirierten. Vier von diesen Leuten starben, sechs gingen in die Vereinigten Staaten von Amerika zurück, und zwar vier davon noch mit der Krankheit behaftet. Welche Beschaffenheit das Wasser, das auch nach Ansicht der Eingeborenen eine Ursache der Verruga ist, hat, darüber kann auch A. keinen bestimmten Aufschlufs geben. Seine übrigen Bemerkungen über diese, auf bestimmte Täler Perus beschränkte Hautaffektion sind grofsenteils anderen Arbeiten, besonders Tschudis über Peru, entnommen. *Stern-München.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verruga peruviana, von Bindo de Vecchi - Bologna. (*Virchows Arch.* Beiheft zum 194. Bd.) Das Material des Verfassers besteht aus drei Fällen, deren jeder einen Typus der „Maladie de Carrion“ darstellt. Der erste Fall betraf einen 30jährigen Mann mit allen klassischen Symptomen der Krankheit; er starb an Verruga cutanea, welche 17 Tage vorher mit einem einzigen Anfall begonnen hatte. Im Eiter eines Lymphdrüsenabscesses wurde ein Paratyphusbacillus gefunden; schon makroskopisch wurden die Knoten in der Haut, in den Muskeln, in der Milz, Lunge und Leber sicher erkannt. Es handelte sich um die schwere Form der Verruga, bei welcher der Tod 17 Tage nach dem Hautausschlag infolge oder mit Hilfe der Eiterungen eintrat.

Der zweite Fall war eine schwere Form der Verruga, bei welcher die Hautknoten älter waren als die der inneren Organe; in Milz und Leber wurden Bazillen der Typhus-Coligruppe gefunden.

Der dritte Fall betraf einen 18jährigen Mann, der unter dem Zeichen des schweren „Carrionfiebers“ drei Monate nach Beginn der Krankheit unter Anämie, Durchfall, Muskelschmerzen starb. Die Autopsie liefs weder in der Haut, noch in inneren Organen Knoten erkennen, sondern schwere Schädigungen degenerativer Art am Parenchym der Organe; aus dem Milzblut wurde eine Paratyphuskultur isoliert. Es ist das die typische Form des Oroya- oder schweren Carrionfiebers, welches als Hyperinfektion mit Verrugagift angesehen wird und von Hautaffektionen begleitet sein kann oder nicht.

Aus der histologischen Untersuchung ist hervorzuheben, dafs in allen Knoten sich ein Blutextravasat fand, so dafs zu vermuten ist, dafs die ersten Veränderungen bei der Knotenbildung auf Hämorrhagien zurückzuführen sind; vom Blut gelangt der Keim der Verruga in das Gewebe; dann erst kann er seine proliferierende oder nekrotisierende Wirkung entfalten. In der Haut entwickeln sich die Knoten in den Hautdrüsen, in den Muskeln im interstitiellen Bindegewebe zwischen oder auch innerhalb der Muskelbündel, in der Milz in den Follikeln und in der Leber in der peripherischen Zone der Läppchen.

Der Nachweis von Bazillen der Typhus-Coligruppe in allen drei Fällen gestattet nach des Verfassers Ansicht keinen Schlufs auf ätiologische Bedeutung der Bakterien; vielleicht handelt es sich dabei um kadaveröse oder agonale Einwanderungen von Mikroorganismen. Die Suche nach säurefesten Bazillen war erfolglos im Widerspruch mit den Untersuchungen Nicolles und Letulles. *Schourp-Danzig.*

Die Konjunktivaldiphtherie nach Röteln, von E. Weill und G. Mouriquand. (*Archives de médecine des enfants.* Febr. 1909. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 16.) Die Verfasser haben mehrere Fälle von Konjunktivaldiphtherie nach Röteln beobachtet; die Fälle nahmen alle einen schlimmen Ausgang, die Behandlung erwies sich als ohnmächtig. Nach den Erfahrungen der Verfasser kann man hinsichtlich der Prognose zwei Formen der Konjunktivaldiphtherie nach Masern und Röteln unterscheiden. Die Spätform, die 10—30 Tage nach Beendigung der Hauteruption auftritt, greift zwar häufig auf die Hornhaut über, verursacht auch zuweilen deren Ulceration und Perforation, endet aber selten tödlich; in etwa 30% der Fälle dieser Art erfolgt restitutio ad integrum, die Serumtherapie hat nur ganz geringe Wirkung auf den Verlauf. Die Frühform, die noch während der Eruption beginnt, führt, durch keine Serumtherapie oder sonstige Behandlung irgendwie beeinflufsbar, stets zur Perforation der Cornea und zum Tode. *Götz-München.*

Ein Fall von Mykosis fungoides, von Ewald Lang. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1909.) Der geschilderte Fall betrifft einen 52jährigen Bauer und ist bemerkenswert genug, um hier ausführlicher wiedergegeben zu werden. Vier Geschwister und die drei Kinder des Patienten sind gesund. Vor drei Jahren hatte der am 28. XI. 1907 aufgenommene Patient starken Juckreiz am ganzen Körper mit Auftreten geröteter, stark juckender Flecken, die sich immer mehr von der Hautoberfläche abhoben. Zuerst trat ein Knoten unter dem rechten Schulterblatt auf.

Status: Über den ganzen Körper verteilt, an der unteren Extremität weniger ausgeprägt als an Kopf und oberen Extremitäten, sieht man eine Reihe von Narben — vermutlich abgeheilte Plaques —, daneben plattenartige, entzündlich gerötete Infiltrate und knotenförmige Erhebungen von verschiedenartiger Gröfse, die teilweise von Krusten bedeckt sind. Am linken Humerus sowie an der Rückseite des linken Oberarms zwei gut pfirsichgrofse Knoten mit dünner, bläulich glänzender, von erweiterten Gefäfsen durchzogener Haut bedeckt. An der rechten Thoraxseite, von der Mitte der Scapula nach abwärts verlaufend eine über handtellergrofse ulcerierte Fläche mit unregelmäfsig gezackten Rändern, zum Teil mit nekrotischem Gewebe besetzt, stark absondernd, fötid riechend. Zunächst Anwendung von 10%igem H_2O_2 und Jodoformgazeverband.

2. XII. 07. Beginn mit Atoxylinjektionen.

6. XII. 07. Besserung nach der dritten Spritze (Injektion jeden zweiten Tag); die Entzündungserscheinungen gehen stetig zurück, die einzelnen Knoten werden kleiner, die Geschwürsfläche wird sauber.

8. XII. 07. Gewichtsabnahme von 1 kg. Allgemeinbefinden, besonders in psychischer Beziehung, gehoben.

12. XII. 07. Sechste Einspritzung. Wesentliche Besserung des Krankheitsbildes. Täglicher Wechsel von 10%igem mit 3%igem H_2O_2.

15. XII. 07. Im Blut keine Vermehrung der Leukocyten, zahlreiche eosinophile Zellen.

20. XII. 07. Untersuchung eines am Rücken entnommenen Stückchens auf Spirochaeta pallida verläuft negativ.

25. XII. 07. Statt Jodoform Dermatol. Gewicht um 1½ kg gehoben.

27. XII. 07. Die Geschwülste verflachen, die aufgebrochenen Stellen heilen zu. Am Oberschenkel zwei neue Stellen im Aufbrechen.

30. XII. 07. Dreimal täglich Novaspirin. Statt Dermatol Xeroform.

5. I. 08. Die Höcker flachen ab, die aufgebrochenen Stellen haben sich wieder geschlossen, mit Ausnahme des Geschwürs am Rücken.

23. I. 08. Beginn der Röntgenbestrahlung. Die grofse Wunde am Rücken wird drei Minuten lang bestrahlt.

24. I. 08. Ebenso fünf Minuten lang. Atoxylinjektion. Von jetzt ab alle Wunden je fünf Minuten bestrahlt.

7. II. 08. Grofse Wunde am Rücken unter täglicher Bestrahlung und Behandlung mit 3%igem und 10%igem H_2O_2 fast ganz gereinigt, beginnt sich zu schliefsen.

24. II. 08. Objektiv und subjektiv Besserung.

27. II. 08. Knollige Infiltrate und Ulcerationen in Heilung begriffen, Knoten flacher, Jucken gering.

5. III. 08. Fortschreitende Heilung. Wundbehandlung mit H_2O_2. Jodoformgazeverband.

12. III. 08. Wunde am Rücken, in der rechten Axillargegend: Geschwürsränder fast abgeflacht, Wundflächen rein, granulieren zu.

15. V. 08. Offene Stellen bis auf zwei kleine auf der Brust und am Rücken zugeheilt und vernarbt. In der zugeheilten grofsen Wunde der Streckseite des rechten Oberschenkels Stechen. In der linken Ellenbogengegend schon früher hart zu fühlende Stelle aufgebrochen, Belichtung.

21. V. 08. Atoxyl wegen Gefahr der Erblindung weggelassen.

27. V. 08. Derb infiltrierter Knoten neben der zugeheilten früheren grofsen Wunde.

Am 3. Juni waren es 84 Atoxylinjektionen und 56 Röntgenbestrahlungen. Patient entlassen, kommt nach 14 Tagen wieder zurück. Während der Zwischenzeit haben sich am linken Vorderarm zwei bereits früher bestehende Knoten geöffnet und mit nekrotischen Pfröpfen bedeckt.

19. VI. 08. Ödematöse Schwellung beider Beine. Verbände mit essigsaurer Tonerde.

22. VI. 08. Ödeme zurückgegangen. Am linken Vorderarm zwei neue Knoten aufgebrochen. Werden mitbelichtet.

7. VII. 08. Die aufgebrochenen Stellen bis auf eine Stelle am rechten Oberschenkel fast ganz zugeheilt und vernarbt. An beiden Ellenbogen neue Knoten, die aufbrechen, zum Teil mit nekrotischen Pfröpfen versehen. Am Manubrium sterni fünfmarkstückgrofse Stelle aufgebrochen. Kleinere an drei anderen Stellen. Sie werden belichtet. Atoxylinjektionen fortgesetzt.

29. VII. 08. Seit acht Tagen heftiges Brennen an den offenen Stellen. Salbenverbände statt Jodoformgaze. Ichthyolsalbe wird am besten vertragen.

17. VIII. 08. Atoxylinjektionen werden weggelassen, da sie die enorme Höhe von 115 erreicht haben.

20. VIII. 08. Auf die seit vier Wochen wieder vorgenommene Röntgenbestrahlung keine Besserung. Verschiedene Stellen brechen wieder auf.

1. X. 08. Keine Besserung. Verbände mit Calomel pulv.

5. X. 08. Nebenwirkungen des Kalomel zwingen, es wegzulassen. Xeroformverbände. Zweimal täglich Tannigen 1,0.

8. X. 08. Besserung. Nebenwirkungen des Kalomel geschwunden.

20. X. 08. Dreimal täglich eine Pilula asiatica.

30. X. 08. Schmerzhaftigkeit der Wunden hat zugenommen.

5. XI. 08. Besserung der Schmerzen auf Phenyformverband.

15. XI. 08. Erst Alypinsalbe (10%ige) bringt die Schmerzen ganz zum Schwinden.

Der Fall zeigt einen eminent chronischen Verlauf. Er gehört zu dem Typus ohne prämykotisches Stadium — Mykosis fungoides d'emblée. Patient wird in die Heimat entlassen. Geht dem Marasmus entgegen. Es wurden je ein Stückchen aus einem zerfallenen und einem frischen Knoten herausgeschnitten. Von beiden ein Präparat gefertigt und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. Ferner von dem frischen Knoten: nach van Gieson, Polychrom-Methylenblau und Plasmazellenfärbung. Die Hornschicht ist breit. Reihen von Körnchen bedecken die Lamellen. Stratum granu-

losum besteht aus mehreren Zellschichten. Im Stratum spinosum besteht die Basis aus Cylinderepithel mit Pigmentierung in und um die Zellen. Noch mehr Pigmentierung im Stratum papillare, besonders gehäuft um die Zellen. Hier Bindegewebe gegen die Epidermis zu degeneriert. Epidermis an manchen Stellen nur noch ganz schmal. Das Infiltrat besteht aus einer Unmenge vnn Zellhaufen, die sich um Gefäfse und Drüsen hauptsächlich gruppieren. Gefäfse selbst endarteriitisch verändert, oft ganz geschwunden und nur noch durch elastische Fasern angedeutet. Mitten durch den Tumor, wo die Zellhaufen immer gröfser werden, ziehen starke, leuchtend rote (van Gieson) Bindegewebsstränge, aus langen, schmalen Zellen bestehend. Drüsen ebenso wie die Gefäfse mit Infiltrationszellen haufenweise umgeben. Vom Epithel nur wenig mehr zu sehen. Elastisches Gewebe nicht mehr im Infiltrate in der tieferen Schicht enthalten. Verfasser nimmt mit Herxheimer an, dafs es typische Mykosiszellen gibt. Im Infiltrate und je mehr man in die Mitte kommt, um so häufiger finden sich Zellen, die einen grofsen Protoplasmaleib aufweisen mit Netzzeichnung. Gegen den Rand zu Anhäufungen von Protoplasma, ähnlich der Anhäufung des Protoplasmas bei Zellen des spitzen Kondyloms (Ehrmann). Diese Zellen haben einen, meist aber mehrere Kerne, welche konzentrisch und exzentrisch gelegen sein können. Verfasser hält es durch die Übergänge von kleinen zu den grofsen Zellen bewiesen, dafs jene nicht als Lymphocyten, diese nicht als epitheloide anzusprechen sind, sondern beide als typische Mykosiszellen. Die Zellgrenzen sind wenig scharf (Unna). Neben den genannten Zellen finden sich Plasmazellen vereinzelt, mit exzentrischem Kern mit fünf bis acht Kernkörperchen. Auch Riesenzellen kommen vor mit zehn und noch mehr Kernen, noch weniger Langhanssche Riesenzellen in Haufen von drei und vier mit zentraler Nekrose und randständigen Kernen mitten im zelligen Infiltrat. Präparate von bestrahlten Knoten zeigen deutliche Veränderung. *Fritz Loeb-München.*

Zwei Fälle von Blastomykosis, von E. W. Ryerson. (*Rev. ibero-amer. d. cienc. med.* 1908. Nr. 51.) Beschreibung zweier Fälle von Blastomykosis der Haut und der inneren Organe. Bei dem einen Kranken bestanden Geschwüre der Gesichtshaut, die zunächst für Lupus gehalten wurden, aufserdem waren zahlreiche subcutane Abscesse sowie Knochen- und Lungenaffektion vorhanden. Die richtige Diagnose konnte intra vitam durch die Eiteruntersuchung gestellt werden.

In dem zweiten Falle kam es zu Kyphose der Wirbelsäule mit vollständiger Paraplegie, Abscessen des Halses und schwerer Lungenaffektion mit blutigem Auswurf, der eine enorme Anzahl von Blastomyceten aufwies. Kein Fieber auf Injektion von Tuberkulin.

Beide Fälle verliefen tödlich. Die Behandlung mit Kalium jodatum, Arsen, Eisen, Cuprum sulfuricum zeigte nicht den geringsten Erfolg.

Dalla Favera-Parma.

Hautblastomykose auf den Philippinen, von James M. Phalen und Henry J. Nichols. (*The Philippine Journ. of Science.* 1908. Nr. 5.) Die Hautblastomykose kommt auf den Philippinen aufserordentlich oft vor. Im allgemeinen sind drei Formen zu unterscheiden: zwei milde Arten, welche als Ringworm oder als Dhobievarietäten aufgefafst werden, und als schwere Form, bei welcher die Diagnose auf Tuberkulose oder Syphilis gestellt zu werden pflegt. Die milderen Krankheitsformen heilen auf antiseptische Behandlung, die schweren werden durch Jodkaliumdarreichung günstig beeinflufst. — Fünf Krankheitsgeschichten. *Schourp-Danzig.*

Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen, von v. Ruediger Rydygier (jun.)-Lemberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Rhinosklerom wurde fast ausschliefslich bei weiblichen Personen jugendlichen Alters (7—20 Jahre) der ärmeren Bevölkerungsklasse beobachtet. Es werden

14 Krankengeschichten angeführt. Die Behandlung bestand in täglichen kurzdauernden (zwei Minuten) Röntgenbestrahlungen bis zur leichten Hautreaktion, bis zu deren Verschwinden dann ausgesetzt wird. Zwecks Filtration der weichen Strahlen werden die zu bestrahlenden Flächen mit Stanniol bedeckt. Die Bestrahlungen wurden oft viele Monate (vier bis sieben) fortgesetzt, bis Heilung erfolgte. Auf diese Weise wurde selbst Rhinosklerom des Kehlkopfes und der innersten Nasenhöhle anscheinend rezidivfrei geheilt. Die subjektive Besserung tritt relativ am ehesten ein.

Arthur Schucht-Danzig.

Erfahrungen und Studien über Erysipelas, von Sörensen. (*Zeitschr. f. Hygiene usw.* Bd. 62, Heft 3) Bericht über 2955 im Blegdamspitale in Kopenhagen in den Jahren 1884—1904 behandelte Rotlaufkranke. Mortalität 9,37%.

Haas-Hamburg.

Die Behandlung des Erysipels mittels Impfung mit spezifischer Vaccine, von George M. Ross und W. J. Johnsohn-Toronto. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 10.) Auf Grund ihres Beobachtungsmaterials empfehlen die Verfasser die Einimpfung von Streptokokkenvaccine. Sie nehmen dazu eine Stammkultur, von der Mischungen verschiedener Stärke angefertigt werden, und impfen beim ersten Male zehn Millionen abgestorbener Streptokokken ein, falls der Krankheitsfall schwer ist. Die Injektionen werden jeden zweiten Tag wiederholt; bei leichteren Fällen wird die Dosis vergrößert, bei schweren verringert. *Schourp-Danzig.*

Erworbene Elephantiasis, von Tischler-Deggendorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) Kurze Schilderung und Abbildung eines Falles von hochgradiger elephantiastischer Verdickung beider unteren Extremitäten, namentlich aber der linken bei einer 69jährigen schwachsinnigen Frau. Die Anschwellung besteht seit 15 Jahren; sie entwickelte sich im Anschluß an Intertrigo und erysipelatöse Entzündung des linken Beines. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein seltener Fall von elephantiastischer Verdickung einer Extremität, nebst einem kasuistischen Beitrag zur autochthonen Elephantiasis, von Otto von Frisch-Wien. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 84, Nr. 1.) Bei einem 24jährigen Manne war seit dem dritten Lebensjahre eine zunehmende Verdickung des rechten Schenkels beobachtet worden, welche zu starker Lendentordose, linkskonvexer Skoliose und Beckenschiefstellung führte. Die elephanthiastischen Geschwulstmassen verursachten eine mächtige Dilatation der Vena iliaca interna, eine excentrische Hypertrophie der Harnblase, eine Kompression des rechten Ureters und Erweiterung des zugehörigen Nierenbeckens, eine Deformation der rechten Gelenkspfanne mit hochgradiger Erweiterung und Verdickung der Gelenkskapsel.

Ein mit Hämalaun-Eosin gefärbter Schnitt der Haut zeigte, daß die Epidermis von einer durchschnittlich siebenschichtigen Lage von wohlerhaltenem Epithel gebildet wurde. Das Stratum corneum war niedrig, das Stratum granulosum einschichtig, die Basalzellenschicht stellenweise stärker pigmentiert; der Papillarkörper überall gut erhalten. Die Cutis war nach unten zu scharf gegen ein fremdartiges Gewebe abgegrenzt. Dieses kennzeichnete sich als ein kernreiches, teils fester, teils loser gefügtes, feinste elastische Fasern enthaltendes neugebildetes Bindegewebe, welches den Fascien und Bindegewebsspalten folgend, sich zwischen die weichen Organe der Extremität einschob, diese bis zu ihren feinsten Faserbündeln umwuchs und stellenweise völlig zum Schwund brachte. So wurden nicht nur das Bindewebe der Muskeln, Nerven und Gefäße (Adventitia), sondern auch das Stützgewebe der Lymphdrüsen und das Periost durch dies fremdartige Gewebe ersetzt. *Schourp-Danzig.*

Über die Ätiologie der Noma, von A. D. Pawlowsky-Kiew. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 85, Nr. 1.) P. fand bei histologischer Untersuchung der in Spiritus ge-

härteten Präparate von zwei von ihm beobachteten Fällen ein dichtes Netz nach Gram sich fast nicht färbender langer Fäden in der Tiefe des Gewebes. Diese Fäden bildeten einen Büschel dicht verwirrter Haare, die bei verschiedenen Färbungsmethoden nicht gleich dick waren, sie waren dünner als die Stäbchen des Abdominaltyphus und den Streptothrixfäden in ihrer Form ähnlich. P. glaubt in seinem Befunde die Ergebnisse von Perthes, welcher in Fällen von Noma Streptothrix fand, betätigt zu sehen.

Schourp-Danzig.

Über zwei Fälle von fuso-spirillärer Symbiose, von U. Mantegazza. (*Boll. d. Soc. med. Cagliari*. 1907. Nr. 4.) Nach einer Übersicht der Literatur über die gangräneszierenden Prozesse der Mundhöhle und der Genitalien kommt Verfasser auf zwei eigene Fälle zu sprechen. In dem einen Falle handelte es sich um eine ausgedehnte Gangrän des Penis, in dem zweiten um ulceröse Stomatitis. Die bakteriologische Untersuchung ergab aufser einigen Mikrokokken das Vorhandensein von reichlichen Bazillen und Spirochäten. Mit dem Material aus der Stomatitis gelang es dem Verfasser nach einigen Passagen durch das Kaninchen den Bacillus fusiformis anaerobisch auf Glukoseagar rein zu züchten. Höchstwahrscheinlich soll dem Bacillus fusiformis, der in vielen anderen gangränösen Prozessen nachgewiesen worden ist, eine pathogenetische Bedeutung beigemessen werden.

Die Rolle der Spirochäten in solchen Fällen ist noch sehr dunkel. Mantegazza warnt vor der frühzeitigen, blofs auf die morphologischen Charaktere gestützten Einteilung der Spirochäten und bemerkt, dafs in seinen Fällen manche Exemplare von der Spirochaeta pallida der Syphilis in keiner Weise unterscheidbar waren. Es sei zurzeit eine morphologische Klassifizierung der Spirochäten nicht durchführbar.

Dalla Favera-Parma.

Stomatitis ulcerosa, von H. Grenet. (*Gaz. d. hôp*. 1909. Nr. 37.) Die Stomatitis ulcerosa ist eine spezifische, kontagiöse Erkrankung, welche Ulcerationen von verschiedenster Form aufweist, die an jedem Punkte der Mundhöhle sich entwickeln können, aber mit Vorliebe auf der Innenfläche der Wangen und dem Zahnfleisch sitzen. Sie geht immer mit fötidem Geruch, Speichelflufs und Schwellung der Submaxillarlymphdrüsen einher. Bakteriologisch findet man immer Spirillen und fusiforme Bazillen. Sie ist deshalb mit der Angina Vincenti identisch, welche letztere nur eine besondere Lokalisation derselben Erkrankung darstellt. Sie entspricht der Stomatitis aphtosa der deutschen Literatur. Das Fieber ist gewöhnlich gering und wechselt zwischen 37,5 und 39°. Das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich stark angegriffen. Komplikationen sind äufserst selten. (Purpura mit Albuminurie, Gangrän des Mundes mit nachfolgendem Tode.) Therapeutisch kommt innerlich Kalium chloricum 2 g täglich, aufserdem Spülungen mit Kalium chloricum, Einpudern der Ulcerationen mit Chlorcalcium in Pulverform (schmerzhaft!) und Entfernung des Zahnsteins.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Ätiologie der Furunkulose, von Blum. (*Wratschebnaja Gaseta*. 1909. Nr. 9.) Verfasser hat im Laufe von zehn Jahren (1898—1908), in dem Militärlazarett der Grajewschen Brigade, 126 Fälle von allgemeiner Furunkulose beobachtet. Vorzüglich handelte es sich um Soldaten, die im ersten Jahr ihrer Wehrpflichtszeit standen und meist um solche, die direkt vom Lande kamen, wo der Bauer verhältnismäfsig wenig Fleisch geniefst. Verfasser glaubt daher als Hauptursache der Furunkulose bei den Soldaten den plötzlichen Übergang zur Fleischkost ansehen zu müssen, zumal da die betreffenden Soldaten an Verdauungsbeschwerden litten, an denen sie vorher nicht gelitten hatten. Er sah von Bierhefe nur geringe Erfolge, dagegen einen solchen von Milchdiät. Zur Vorbeugung empfiehlt Verfasser den Soldaten neben dem Fleisch mehr Gemüse zu geben. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Beitrag zur Therapie des Ulcus molle, von L. POLLAK-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Neben den alten Methoden wird das Sozojodol-Natrium zur Ulcus molle-Behandlung empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein ungewöhnlicher Fall von ulceriertem venerischem Bubo, von G. MARIANI. (*Boll. Soc. med. Pavia.* 12. Juli 1907.) Enthält nichts Besonderes. *Dalla Favera-Parma.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Röntgenbehandlung gewisser Formen venerischer Bubonen durch unmittelbare Drüsenbestrahlung, von S. REINES-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Bei strumösen, nirgends Einschmelzung zeigenden Bubonen trägt der Verfasser die Haut im ganzen Umkreis, ein wenig jenseits der äufsersten tastbaren Drüsen unter Lokalanästhesie ab, dann folgt ein leichter Verband und bald darauf die erste intensive Bestrahlung der vom Verband befreiten Wunde mit mittelweichen Röhren bei 20—30 Minuten Dauer. Seine guten und schnellen Heilungserfolge bei dieser Methode führt der Verfasser auf das Wegfallen der Möglichkeit der Absorption von Strahlen und der Abschwächung der nicht absorbierten durch ein oft dickes Haut- und Unterhautgewebe zurück. *Schourp-Danzig.*

Die Technik eines wirksamen operativen Eingriffs zur Entfernung und Heilung oberflächlicher maligner Geschwülste, von SAMUEL SHERWELL-Brooklyn-New York. (*New York State med. Journ.* Juni 1908.) Das Verfahren, das S. seit 35 Jahren mit bestem Erfolge angewendet hat, besteht in sorgfältiger und gründlicher Excochleation, der, nach Blutstillung, die allerdings auch sehr schmerzhafte Anwendung von 60% salpetersaurem Quecksilber folgt. Stets rasche und glatte Heilung mit guten Narben. Rezidiven beugt S. durch eine längere, oft bis zu neun Monaten fortgesetzte Arsenkur im Anschlufs an die Operation vor. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von PAGETscher Krankheit, von DIWAWIN. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 11.) Bei der 46jährigen Kranken entwickelte sich im Laufe von 16 Monaten eine zuerst juckende Rhagade, später ein Geschwür auf der infiltrierten Brustwarze. Das Ulcus wurde nebst seiner Umgebung exzidiert und mikroskopisch untersucht, wobei sich einerseits eine Proliferation der epidermalen Schicht, andererseits eine Degeneration derselben, Infiltration der Cutis und vor allem die charakteristischen Corps rondes nachweisen liefsen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über die Rolle der Syphilis in der Ätiologie des Krebses, von LEONTINE PAPIANTZ. (*Thèse de Genève.* 1908.) Es wird unter Anführung einiger besonders charakteristischer Fälle aus der Literatur auf die Beziehungen hingewiesen, die zwischen Krebsbildung und Schwächung überstandener Lues gewisser Organe bestehen. *Fritz Loeb-München.*

Eine Hautreaktion bei Carcinom durch subcutane Injektion von menschlichen roten Blutkörperchen, von CHARLES A. ELSBERG-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 13.) Vorläufige Mitteilung eines vom Verfasser angegebenen Verfahrens auf Grund von Untersuchungen, wonach das Blutserum eines Carcinompatienten mit normalen menschlichen roten Blutkörperchen Hämolyse hervorruft. Alle 20 Carcinomfälle des Verfassers reagierten auf die Injektionen positiv. Einzelheiten will E. später ausführlich veröffentlichen. *Schourp-Danzig.*

Das „Röntgencarcinom“, von H. E. SCHMIDT. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) „Nach allem, was wir bisher wissen, gibt es gar kein Röntgencarcinom; dagegen kann es gelegentlich einmal vorkommen, dafs sich auf der Basis eines Röntgen-

ulcus oder einer Röntgenatrophie ein Carcinom entwickelt, gerade so wie auf der Basis eines Ulcus oder einer Narbe, die durch irgendeine andere chemische, thermische, mechanische Einwirkung oder durch irgendeinen pathologischen Prozeſs bedingt sind." Autor hat z. B. nach Finsenbehandlung in einem Lupusfalle ein Carcinom, in einem anderen ein Sarkom auftreten sehen und sagt mit Recht, daſs trotzdem niemand von Finsencarcinomen oder Finsensarkomen sprechen werde. *Arthur Schucht-Danzig.*

Sekundäre Hautcarcinomatose, von Juan de Azúa. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 6.) A. beobachtete zwei derartige Fälle. In dem einen war ein Blasencarcinom das primäre. Die Metastasen traten an der Bauch- und Brustwand auf. Es waren 90 harte Knötchen, cutan und subcutan gelagert. Bei der Autopsie fand sich eine Scirrusstruktur dieser Tumoren. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann. Der zweite Fall betraf eine 37jährige Frau, die neun Monate vorher wegen eines Mammacarcinoms operiert worden war. Wenige Monate später muſste sie wegen Wanderniere laparatomiert werden. Dabei fanden sich auf dem Peritoneum einige harte Knoten, disseminierte Carcinome. Neun Monate nach der ersten Operation trat in der rechten Temporalgegend ein Knoten auf, von Erbsengröſse und bald darauf ähnliche in der Supraklavikularregion, die bald auch auf der Kopfhaut, Rumpf, Armen, Bauchhaut, rechtem Oberschenkel und dem Ohr erschienen, im ganzen 130 an der Zahl, nur wenige davon subcutan, die übrigen in der Haut. Bis zum Tode der Patientin ging keiner dieser Knoten in Ulceration über. Autopsie wurde nicht gestattet.

Gunsett-Straſsburg.

Die Fulguration in Behandlung des Carcinoms, von Matagne. (*Ann. de la Policlinique.* 1909. Nr. 1—2.) Verfasser ist Gegner der rein chirurgischen Carcinombehandlung und begrüſst in der Fulguration eine neue Methode, die ihm vielversprechend in bezug auf die Heilung sogar „inoperabler“ Krebse erscheint. Nach kurzer Besprechung der Fulgurationsmethode schildert Verfasser neun Fälle Juges, in denen ein ausgezeichneter Erfolg, trotz Schwere der Erscheinungen, erzielt wurde.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Hochfrequenzbehandlung des Krebses. Meine Behandlung maligner Tumoren mit Hochfrequenzfunken und -Strahlung, seitdem „Fulguration“ genannt, von J. A. Rivière-Paris. (*Ann. d'électr. et de radiol.* Sept. 1908.) Seit zehn Jahren hat R. mit Hochfrequenzströmen in der verschiedensten Form und Anwendungsweise gearbeitet, und erhebt den Anspruch der Priorität auf das von Keating-Heart angegebene und seitdem Fulguration genannte Verfahren. Er geht in seinen Schlüssen und in der Bewertung der Anwendung und Wirkungsweise der Hochfrequenzströme weit über das hinaus, was von Keating-Heart und anderen in dieser Richtung behauptet worden ist. Nach seinen langjährigen Erfahrungen sind die Hochfrequenzströme „ein nicht nur palliatives, sondern auch prophylaktisches und absolut heilendes Mittel für Neubildungen jeder Art, mögen sie ulceriert sein oder nicht, oberflächlich oder tief . . . Die thermo-elektro-chemische Wirkung der Hochfrequenzverbrennung hat es nicht nötig, sich an chirurgische Maſsnahmen anzulehnen, sie besitzt eine eigentümliche zerstörende Affinität zu den Gewebselementen von Neubildungen und schont stets dabei das gesunde Gewebe. Die Wirkung ist eine viel regelmäſsigere, schnellere und vollständigere wie die der Röntgenstrahlen, ohne daſs Schädigungen der lymphatischen Elemente, Röntgenverbrennungen oder dergl. auftreten. *W. Lehmann-Stettin.*

Behandlung des Epithelioms der Haut und der Schleimhäute mit Radiumapplikationen, von Gaucher. (*Riv. internat. di terap. fisica.* 1909. Nr. 3.) Der Aufsatz, der in anderer Form bereits in der französischen Literatur erschienen ist, behandelt die therapeutische Verwendung der sog. ultrapenetranten Strahlen des Radiums nach Dominici. Diese bestehen in einem kleinen, dem härtesten, Teil der

β-Strahlen und einem Teile der γ-Strahlen und zwar denjenigen, die durch ihre grofse Penetrationskraft von den Röntgenstrahlen verschieden sind. Es werden äufserst aktive Radiumpräparate verwendet und alle Strahlen aufser den genannten durch genau darauf berechnete Blei-, Gold- oder Silberlamellen absorbiert. Diese Apparate werden entweder auf die Oberfläche der Tumoren gesetzt, oder durch eine chirurgische Operation in das Innere des Neoplasmas gebracht. Nach drei bis vier Wochen werden die Applikationen wiederholt. Die Regression des Tumors beginnt schon nach 8 bis 14 Tagen. Mittelgrofse Neoplasmen können schon nach fünf bis acht Wochen vernarbt sein. Ausgedehnte benötigen drei bis vier Monate und eine ganze Serie von Applikationen, die oft noch durch Injektionen einer radiumhaltigen Flüssigkeit unterstützt werden können (und zwar unlösliche Radiumsalze, das Sulfat oder Carbonat). Bei massigen Kankroiden werden kleine Glastuben mit 5—90 mg Radiumbromid, die in $^5/_{10}$—1 mm dicken Gold- oder Silberhülsen eingeschlossen sind, in das Zentrum des Neoplasmas gebracht und 24—48 Stunden darin gelassen. Da alle anderen Strahlen abgeblendet sind, so gibt es keine Abstofsung durch Nekrose, sondern eine allmähliche Regression infolge der grofsen Penetrationsfähigkeit dieser sog. „ultrapenetranten“ Strahlen. In manchen Fällen ist es kürzer, die gewöhnlichen, gemischten Radiumstrahlen zu verwenden, welche eine Nekrotisierung des Gewebes erzeugen. Die „ultrapenetranten“ Strahlen haben dem Autor auch bei Lippencarcinomen, die bisher für ein Noli me tangere für das Radium galten, gute Erfolge gegeben, ebenso bei Zungencarcinom und Leukoplakie. *Gunsett-Strafsburg.*

Heilung eines Epithelioms der Lippen durch Röntgenstrahlen, von R. Terzaghi. (*Clin. Derm. d. Roma.* 1908. Nr. 3.) Die Neubildung, deren Diagnose vor der Behandlung histologisch festgestellt wurde, hat sich nach vier Röntgensitzungen völlig zurückgebildet. *Dalla Favera-Parma.*

Über das Oberflächenepitheliom der leukoplastisch veränderten Schleimhäute, von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 6.) Die aus Leukoplasien der Zunge und der Mundschleimhaut sich entwickelnden Oberflächenepitheliome erscheinen nach R. als kleine, nur 3—4 mm über die Oberfläche der umgebenden Schleimhaut hinausragende, elliptisch geformte Tumoren mit grauer, unregelmäfsiger, selten blutender Oberfläche und indurierter Basis. Sie sind verhältnismäfsig gutartig: sie bleiben acht Jahre lang stationär, die regionären Drüsen erkranken nur selten, Rezidive in loco kommen nach operativer Beseitigung des Tumors kaum vor. Dagegen tritt nach Exstirpation eines Epithelioms sehr häufig an einer anderen leukoplastisch veränderten Schleimhautstelle ein neues auf, und das kann sich mehrmals wiederholen; bei einem Patienten R.s waren in längeren Zwischenräumen elf Tumoren zu beseitigen. Einmal beobachtete R. nach wiederholter Entfernung typischer Leukoplasie-Epitheliome die Entstehung eines grofsen Carcinoms auf der rechten Seite der Zunge mit carcinomatöser Erkrankung der Karatisdrüsen; einige Monate, nachdem der Tumor mit den Drüsenmetastasen exstirpiert worden war, kam der Mann mit einem inoperablen Carcinom der linken Zungenhälfte, des Gaumensegels und der Mundschleimhaut wieder. *Götz-München.*

b. *Benigne.*

Fibrom, von v. Hansemann-Berlin. (*Real-Ensyklop. d. ges. Heilk.* 4. Aufl.) Von den einzelnen weichen Fibromen der Haut sind offenbar die multiplen Fibrome in ihrer Ätiologie ganz verschieden. Sie liegen entweder als kleine Knötchen unter der Epidermis oder sie stülpen sich vor und wachsen schliefslich gestielt als Fibroma pendulum. Von multiplen Fibromen gibt es zwei Arten. Die eine, die hauptsächlich im subtropischen und tropischen Klima vorkommt, ist offenbar endemisch und die

einzelnen Geschwülste haben keine Beziehungen zu den Nerven. Eine solche haben die multiplen Fibrome, welche auch im gemäfsigten und kalten Klima vorkommen. Die endemischen Formen der subtropischen Länder können durch die in Summa grofsen Gewichte der einzelnen Geschwülste lebensgefährlich werden.

Eine andere Form, die zu den allerhärtesten gehört, sind die Keloide.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Acanthosis nigricans, von Hugo Pribram-Prag. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Heft 5 u. 6.) Bei einer 60jährigen Frau mit Magencarcinom treten in den Achselhöhlen, am Nabel, an den Hüftbeugen, Hohlhänden und Vorderarmen, sowie an den Schultern Hautveränderungen auf, die an den letztgenannten Stellen weniger gut ausgebildet sind und im allgemeinen aus einer verrukösen Beschaffenheit der betreffenden Hautpartien bestehen, sich aber vom normalen Typus der Krankheit durch eine vielleicht durch die universelle Pigmentarmut der Patientin bedingte äufserst geringe Pigmentablagerung unterscheiden. Der Fall ist als eine Dystrophia papillaris et non pigmentosa aufzufassen. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zur Kenntnis der symptomatischen Xanthome bei chronischem Ikterus, von Oskar Posner-Karlsbad. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.) Bei einer 37 Jahre alten Frau entwickelte sich auf Grundlage einer Lebercirrhose mit Ikterus ohne Ascites eine generalisierte Xanthomatose der Haut, die mit einem Xanthelasma palpebrarum einsetzend, schubweise an Ausdehnung gewann. Die streng symmetrische Affektion war besonders ausgesprochen an den einem Drucke ausgesetzten Hautpartien. Eine Besonderheit des Falles bildete die starke Xanthombildung um eine vorhandene Laparatomienarbe. Jede neue Eruptionsperiode wurde von intensivem Pruritus begleitet. Die entwickelten Xanthome zeigten nirgends regressive Tendenz, blieben aber lange Zeit auf einer gewissen Entwicklungshöhe stehen. Der Form nach waren es die beiden Arten des Xanthoma planum und des Xanthoma tuberosum, die das Bild beherrschten. Einer Exzision gröfserer Protuberanzen widersetzte sich die Patientin, so dafs die histologische Untersuchung entfallen mufste.

Götz-München.

c. *Pigmentanomalien.*

30 Fälle von Mongolenkinderflecken, von Aurel Koós-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 3.) Der Mongolenfleck ist eine Verfärbung auf dem Kreuzbein oder in der Nähe desselben. Der Farbenton variiert zwischen grau und blau. Die Gröfse schwankt zwischen Zwei- bis Dreitalergröfse und Linsengröfse. Die Form ist ziemlich rund, kreisförmig oder oval. Die Flecken wurden beim mongolischen Volksstamme zuerst gefunden und daher als charakteristisches Zeichen betrachtet. Der Autor wollte bei den Ungarn, die als von mongolischer Herkunft angesehen werden, die Flecken finden; doch fand er diese Flecken nur bei 15 Ungarn, bei 10 Zigeunern und 5 Juden. Die Flecken sind Pigmentanhäufungen in dem Corium. Sind solche Pigmente in gröfserer Menge angehäuft, so ist der Fleck dunkler. Bei dunklerer Hautfarbe scheint sie öfters vorzukommen. Die Flecken als charakteristische Kennzeichen der Mongolenabstammung aufzufassen ist falsch. Die ihnen zugemutete Bedeutung ist übertrieben. *Porosz-Budapest.*

Morbus Addisonii als Familienkrankheit, von D. H. Croom-Edinburg. (*Lancet.* 27. Febr. 1909.) Bericht über drei Schwestern im Alter von 9, 6 und $3^1/_2$ Jahren, welche alle an mehr oder weniger ausgesprochenen Erscheinungen von Addisonscher Krankheit litten. Besonders betont werden die Mattigkeit und Apathie, Verminderung des Blutdrucks, positive Reaktion der tuberkulösen Ophthalmoreaktion (bei dem einen Kinde) nebst den teils deutlich teils rudimentär entwickelten Pigmentierungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Bronzediabetes und Pigmentcirrhose, von M. Simmonds-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 12.) Es werden sieben Fälle von Bronzediabetes mitgeteilt. Autor kommt zu dem Resultat, dafs beim Bronzediabetes die Symptomtrias auf eine gemeinsam einwirkende Schädlichkeit, in der Regel den Alkoholmifsbrauch, zurückzuführen ist. Dieselbe Noxe verursacht die Hämochromatose, die Lebercirrhose, die Pankreasveränderungen und damit auch den Diabetes.

Arthur Schucht-Danzig.

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Hämorrhoiden und ihre Behandlung, von Luigi Maramaldi. (*Giorn. internat. d. scienz. med.* 1909. Nr. 5.) Empfehlung der Adrenalin-Stovaïn-Suppositorien und -Salbe von Midy. *Gunsett-Strafsburg.*

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins auf das Narbengewebe, von W. Brandenburg-Gr.-Lichterfelde. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 89, Nr. 1.) Als Versuchstiere dienten Kaninchen. Die Untersuchungen ergaben, dafs Fibrolysin eine geringe lokale chemotaktische Reizung auf das Gewebe ausübt und dann in kurzer Zeit vom Körper resorbiert wird, für den es aber bezüglich seines Allgemeinbefindens durchaus nicht gleichgültig ist. Die geringe lokale Reizung besteht in Erweiterung der Gefäfse, Durchtränkung der Bindegewebsspalten mit Lymphflüssigkeit und demgemäfs Auseinanderweichen der Fibrillen, einer relativ enormen Erweiterung der Lymphgefäfse mit geringer Wucherung und Desquamation der Endothelien. Diese Reaktion des Gewebes verschwindet jedoch bald wieder, ohne das Narbengewebe nennenswert beeinflufst zu haben. War einmal die Injektion zu oberflächlich geraten, so war Nekrose der Haut aufgetreten und hatte zur Ernährungsstörung des in Frage kommenden Hautabschnittes geführt.

Die Störungen des Allgemeinbefindens äufserten sich bei den Versuchstieren darin, dafs sie apathisch, schläfrig wurden, wenig Frefslust zeigten und abmagerten.

Der Verfasser stellt fest, dafs das Fibrolysin bei den Erfolgen, die mit ihm im Verein mit den kombinierten Behandlungsmethoden erzielt sind, eine untergeordnete Rolle spielt, dafs es im grofsen und ganzen nicht nur wirkungslos ist, sondern dafs es auch den Organismus empfindlich schädigt. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Ulcus cruris-Therapie, von Rudolf Mittler-Wien. (*Med. Blätter.* 1909. Nr. 10 u. 11.) Das Geschwür wird nach rein chirurgischen Regeln gereinigt, mit Jodoform-Kohlenpulver bestreut und dann der Fufs von den Zehen bis knapp unter das Knie mit einigen Lagen Zellstoff bedeckt. Darüber kommt ein Heftpflasterverband, der so angelegt werden mufs, dafs er eine vollständige, dabei aber elastische Hülse für den Unterschenkel darstellt. Hierdurch wird dem Kranken das Gehen und das Arbeiten ermöglicht. Der Verfasser berichtet von Fällen von Talergröfse, welche in acht Tagen bis fünf Wochen zur Heilung kamen. Bei besonders schweren Fällen läfst er der ambulatorischen Behandlung erst Bettruhe vorausgehen.

Schourp-Danzig.

Behandlung des varikösen Ulcus mittels Beinschiene, von J. B. Murphy-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 13.) Der Verfasser empfiehlt ein von ihm angegebenes Beinkorsett, eine Hülse aus unnachgiebigem Stoff, welche durch Schnüren fest geschlossen wird. Es läfst die Knie und die Fufsknöchelgegend frei. Die Kompression soll durch Tragen dieser Gamaschen so heilend wirken, dafs jedes Beingeschwür heilt, wenn es weniger als drei Fünftel des Beinumfanges grofs ist. Die Leichtigkeit der Gamasche verursacht dem Träger keinerlei Unannehmlichkeit.

Schourp-Danzig.

Die Alopecien, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 7.) Der kurze Artikel bringt nichts Neues. Kontagiosität der Alopecia areata hält J. für ausgeschlossen, wenn die Affektion vielleicht auch bakterieller Natur ist.

Göts-München.

Ein Beitrag zur Onychogryphosis symmetrica congenita et hereditaria, von G. Koehler-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Die Affektion betraf, in ungewöhnlichem Grade ausgebildet, die Nägel beider grofser Zehen; die Nägel der anderen Zehen waren gleichfalls aber nicht in solchen Dimensionen affiziert. Die Fingernägel waren völlig normal. Die Mutter, die Grofsmutter und ein Kind der Patientin sollen die gleiche Anomalie aufgewiesen haben resp. noch aufweisen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Myxödem mit infantilem Idiotismus, von G. Hainiss - Budapest. (*Gyermekorvos.* Nr. 4. Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1908.) In dem Közkórházi orvostársulat demonstrierte H. ein Mädchen von 3½ Jahren, welches seinem Alter entsprechend in der Entwicklung besonders zurückgeblieben war. Die Körperhöhe beträgt 72 cm, also 24—26 cm zu klein. Die Haut ist trocken, teigartig aufgeblasen und anämisch, besonders an den Händen. Die Füfse sind kurz und dick, die Haare sind starr, trocken und rauh. Die Stirnhaut ist gerunzelt, besonders beim Weinen des Kindes; das äufsere Ansehen ist abstofsend. Es hat eine Sattelnase, die Lippen sind verdickt, die fleischige dicke Zunge ist vergröfsert und hat, heraushängend, bestehenden Speichelflufs. Das Kind hat im ganzen zwölf Zähne gehabt (wie ein solches von 13—15 Monaten), doch während der Behandlung wuchsen ihm vier Stück nach. Bei dem Spinnenbauch fehlt ein Nabelbruch auch nicht. Die Bewegungen sind sehr langsam. Wenn das Kind etwas angreifen will, dauert es eine Weile, bis es den Gegenstand erreicht. Beim Aufheben resp. Loslassen der Hände fallen diese nicht zurück, sondern werden mit träger Miene langsam in die ursprüngliche Stellung zurückgebracht. Sprechen kann das Kind nicht, ist inkontinent in puncto Defäkation und Miktion. Die Therapie besteht in Darreichung von Thyreoidtabletten (0.125) jeden zweiten Tag und vegetarischer Kost. H. versprach, das Kind — welches sich schon auf dem Wege der Besserung befand — in einigen Monaten wieder vorzustellen.

Poross-Budapest.

Vitiligo, ein neues Instrument zu deren Behandlung und zur Beseitigung entstellender Narben und Tätowierungen, von M. L. Heidingsfeld - Cincinnati. (*Lancet-Clinic.* 24. Okt. 1908.) Der Artikel ist bereits im *Derm. Centralbl.* erschienen und in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 48, S. 61, referiert worden.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sklerodermie in Streifen und Herden, von J. S. Covisa. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 7.) Bei einem sechsjährigen Mädchen trat vor sieben Monaten im linken Hypochondrium ein kleiner Herd, dann ein anderer am Abdomen, ein Streifen am Oberschenkel, zwei kleine Flecken in der Lumbalregion und ein gröfserer am Schulterblatt und am Hals auf. Alle diese Stellen waren auf der linken Körperseite lokalisiert, teils hart und glänzend, teils atrophisch, durch einen lilafarbenen Saum scharf begrenzt. Die meisten sind bräunlich rot gefärbt, die älteren atrophischen hingegen weifs. Ihre Form ist unregelmäfsig. Das Mädchen hatte aufserdem eine deutliche Kropfbildung. Eine mikroskopische Untersuchung fehlt.

Gunsett-Strafsburg.

Saprophyten und Fremdkörper.

Über die Erkrankung der Lidhaut des Menschen bei Invasion von Demodexmilben, nach Befunden an Augenlidern von Trachomkranken, von H. Herzog (*v. Graefes Archiv f. Opthalmologie*, Bd. 69, Heft 3.) Nach eingehender Beschreibung der entzündlichen Veränderungen in der äufseren Lidhaut und am freien Lidrande der trachomatösen Augenlider schildert Verfasser die entzündlichen Veränderungen in der Substanz des Lides und betont die Indentität des pathologisch-anatomischen Erkrankungsbildes in der äufseren Lidhaut und in der Bindehaut.

Die bei einem Trachom gleichzeitig vorhandene parasitäre Infektion der Haarsäcke mit Demodexmilben sei imstande, in der Lidhaut dieselben Entzündungs- und Degenerationsformen zu indizieren, wie die Conjunctiva aufweist, in dem Mafse, dafs das Lid in seiner ganzen Dicke in gleicher Weise und unter gleichen Formen erkrankt erscheint. Gleichzeitig sei auf Grund der Befunde Verfassers der in der Pathogenitätsfrage bisher geltende Standpunkt, nach dem die pathogene Bedeutung der Milbe beim Menschen nur eine geringe sein kann, nicht mehr in dieser Allgemeinheit aufrecht zu erhalten.

Nach Schilderung der Befunde bei der sogenannten squamösen Akarusräude der Hunde weist Verfasser auf die Analogie zwischen deren Befunde und den von ihm an trachomatösen Augenlidern konstatierten. Hier wie dort sehen wir die Haarsäcke mit Demodexmilben gefüllt; wir sehen die entzündlichen Vorgänge in Form der Perifolliculitis acarica zur Atrophie der Cilien- wie der Lanugofollikel führend, welcher die Madarosis, die Alopecie des Wimperbodens, entspricht. Schliefslich ist es auch hier in der Lidhaut zu den für die Milbeninvasion charakteristischen Pigmentierungen gekommen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Myasis der Harnwege, von René Chevrel. (*Arch. d. parasit.* 1909. Bd. 12, Nr. 3.) Im Anschlufs an die Mitteilung eines Falles von Fliegenmaden, die sich im Urin einer 55jährigen, wassersüchtigen Frau fanden, gibt Ch. eine eingehende Literaturübersicht mit vielem eigenen experimentellen Material zur Klärung der Frage, wie eine Infizierung der Harnwege mit Fliegenmaden zustande kommen kann. Nur sieben Fälle der Literatur halten der Kritik stand. Nach Ch. findet die Infektion nur direkt statt, wenn die Genitalien längere Zeit unbedeckt sind (beim Schlaf in heifsen Sommernächten) und am Orificium der Urethra einen Tropfen organischer Flüssigkeiten enthalten. (Eiter, Sperma usw.). Die Fliege legt hier ihre Eier und die jungen Larven wandern nach ihrer Geburt durch den Meatus in die Harnröhre und Blase ein, wo sich nach des Verfasser experimentellen Untersuchungen die zu ihrem Fortkommen nötigen Bedingungen finden. Es handelt sich fast immer um die Larven der kleinen Stubenfliege (Faunia canicularis L.). *Gunsett-Strafsburg.*

Myositis ossificans progressiva bei einem 4jährigen Knaben, von Petzei und Singer-Budapest. (*Orvosi Hetilap* 1909. Nr. 3.) Schon mit 1½ Jahren nach dem Gehversuche bemerkten die Eltern, dafs das Kind oft auf seine Stirn fällt. Auf dieser Stelle bildete sich ein bleibender Tumor, welcher mit der Zeit knochenhart geworden ist. Das Kind zeigte später bei mangelhaftem Gleichgewicht eine fortschreitende Unsicherheit beim Gehen. Mit 4 Jahren wurde es ins Kinderspital gebracht; es zeigen sich verschiedene Ossifikationen fast am ganzen Leib; die Musculi pectorales major, — minor, biceps, brachialis, latissimus dorsi usw. zeigen ossifizierte und die Bewegung behindernde Veränderungen. Eine unter dem Unterkiefer aufgetretene Veränderung demonstrierte die Ausbildung dieser Ossifikationen. Es bildete sich ein weicher fast Fluktuation zeigender Tumor, die Haut wurde rötlich, ohne Schmerzen, ohne Fieber. In 8—10 Tagen fühlt sich der Tumor weniger weich, später wie eine

Narbe immer härter an. Endlich wird er knorpelhart, und dann geht er in Ossifikation über. Die Hände sind bei dem Kinde auffallend klein, und der Halux beugt sich unter die anderen Zehen in Valgusstellung. Dies hält HELFERICH für charakteristisch. Die Therapie ist keine zur Heilung führende. Nach fortschreitender Immobilisierung des Körpers gehen solche Kinder — manchmal erst in 10—15 Jahren — an interkurrenten Krankheiten zu Grunde. *Porosz-Budapest.*

Über die Pathogenese der sogenannten „Maculae caeruleae", von G. CIUFFO. (*Boll. d. Soc. Med.* Pavia, 6. Juli 1907.) Verfasser, der die DUGUETschen Untersuchungen über die Entstehung der Maculae caeruleae wiederholt und weiter geführt hat, kommt zu folgenden Schlüssen: Die Maculae caeruleae werden von einem besonderen in den Speicheldrüsen der Pediculi pubis enthaltenen Stoffe hervorgerufen, der in die Tiefe der Haut hineingelagert wird. Die eigenartige bläuliche Färbung kommt durch die Einwirkung dieses Stoffes auf das Gewebe zustande: Die Annahme OPPENHEIMS, daſs das von den Pediculi abgeschiedene Ferment auf die roten Blutkörperchen einwirke, sei unwahrscheinlich, weil ein Extrakt von Pediculi die roten Blutkörperchen in vitro unverändert läſst.

Durch Einimpfung eines Extraktes anderer Pediculiarten lassen sich Maculae caeruleae nicht hervorrufen. *Dalla Favero-Parma.*

Miſsbildungen.

Entfernung eines Gesichtsnaevus, von T. W. CURRY-Streatov. (*Journ. Amer. med. Assoc.* Bd. 57, Nr. 13.) Es handelte sich um einen Naevus piliferus congenitalis bei einem 15jährigen Mädchen, welcher fast die ganze rechte Gesichtsseite einnahm. Die Entfernung geschah in der Nähe des Auges mittels Elektrolyse, an den übrigen Stellen mittels sechszeitiger Exzision. Der Defekt wurde teilweise durch Lappen aus der Umgebung, teilweise durch THIERSCHsche Transplantation gedeckt.

Schourp-Danzig.

Über einen Fall von Schwimmhosennaevus, von HUGO FASAL. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Es handelte sich um einen angeborenen Naevus pilosus pigmentosus von der Nabelhöhe bis etwa zum Knie, durchsetzt mit Naevi teleangiectodes und lipomatodes bei einem Manne mit geringer Intelligenz.

Schourp-Danzig.

Die kongenitalen Hauteinstülpungen am unteren Leibesende, von PAUL KLEMM-Riga. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 89, Nr. 1.) Die angeborenen Hauteinstülpungen der Kreuzsteiſsbeingegend stehen genetisch auf einer Stufe mit den Dermoidcysten. Sie sind entweder seichte Grübchen der Haut, einfache blindendigende Hohlgänge, die sich zu Cysten umbilden können, oder ein System von Gängen mit seitlichen Sprossen und Ausbuchtungen. Der Verfasser beobachtete je einen Fall von unitubulärem Dermoid, cystoidem Dermoid, multitubulärem Dermoid von einer Kombination von tubulärem und cystoidem Dermoid mit seitlichen Sprossen. Die Behandlung bestand stets in Exstirpation des ganzen Gebildes. *Schourp-Danzig.*

Behandlung der Hypertrichosis mit X-Strahlen, von JOHN DONALD. (*Glasgow med. journ.* März 1909.) Dieselbe zerfällt in zwei natürliche Abschnitte, die Technik und die Gefahren, die hierbei zu vermeiden sind. Bezüglich ersterer hebt D. die Wichtigkeit einer harten Röhre, die Stärke des Stromes (1/4 bis höchstens 1/2 Milliempère) und die Zahl der Unterbrechungen (höchstens 1,000 pro Minute) hervor. Um den Patienten vor Schaden zu bewahren (Hautverbrennung), darf er nicht mehr wie 5,000 Unterbrechungen bei jeder Sitzung für die erste Woche haben und muſs täglich eine solche stattfinden, später kann man auf 10,000 Unterbrechungen auf eine Sitzung

und ein und dieselbe Oberfläche steigen. Die Röhre sollte nicht näher als 10 cm an die Haut gebracht werden. Niemals behandle man mehr als 4 Quadratzoll auf einmal und lasse sich von dem Patienten nicht beeinflussen, rascher vorzugehen, da mit Wahrscheinlichkeit sonst eine Wunde entsteht. Niemals behandle man gleichzeitig zwei Stellen, welche nahe bei einander liegen, da Rötung und Kongestion des ganzen Gesichtes dadurch entsteht. Nachdem das Haar verschwunden ist, gebe man noch ca. 10 Sitzungen, um sicher zu gehen, dafs auch die Wurzeln zerstört sind; diese Sitzungen brauchen nicht öfter als dreimal pro Woche abgehalten zu werden. Eine Hypertrichosis sollte erst dann als völlig entfernt angesehen werden, wenn das Haar wenigstens drei Monate lang entfernt bleibt (ob dieser Zeitraum nicht zu kurz bemessen ist? Referent). *Stern-München.*

Seltene Atheromformen, von Waldemar Zimmermann - Jena. (*Archiv f. klin. Chirurg.* Bd. 88, Heft 4.) In dem einen Falle zeigte das Atherom eine ausgiebige, sich auf die ganze Innenfläche des Balges erstreckende Bildung von Papillen verschiedener Gestaltung und Gröfse; in einem zweiten Falle brachte es eine Atheromcyste nur an einer Stelle zur Papillenbildung; es war aber zu starker Wucherung der bindegewebigen Grundstöcke gekommen; an einer Stelle war das bekleidende Epithel zum Absterben gekommen, dadurch war das Bindegewebe seiner Schranken entledigt und wucherte mit Bildung von Riesenzellen weiter.

Ein dritter Fall zeigte ein noch weiteres Stadium nach einem solchen Durchbruche. Das ganze bekleidete Epithel war zugrunde gegangen und der abgestorbene Detritus verhielt sich als Fremdkörper zum Bindegewebe, welches Riesenzellen in grofser Zahl einstellte um die toten Massen wegzuschaffen, analog der Organisation eines Thrombus im Gefäfslumen, wo auch aus der Gefäfswand Bindegewebe die geronnenen Blutmassen ersetzt. *Schourp-Danzig.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Über das Verhalten der elastischen Elemente in den carcinösen Körpern der Sexualorgane, von J. Rothfeld. (*Anatom. Anz.* Bd. 32, Nr. 9 und 10.) Die Arbeit ist eine gründliche Studie über den Verlauf der elastischen Faserstränge in den männlichen und weiblichen Sexualorganen. Die ungleichmäfsige Verteilung der elastischen Elemente hat ihre Bedeutung für die Funktion dieser Teile, wie des näheren ausgeführt wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Urogenitalkomplikationen des Typhus, von E. J. G. Beardley - Philadelphia. (*New York. med. journ.* 20. Februar 1909.) Der Komplikationen, welche im Urogenitalsystem während oder nach Typhus abdominalis vorkommen, sind sehr viele: einige, wie Harnretention, besonders bei Kindern, Polyurie, Bazillurie sind zwar sehr häufig, aber von geringerer Bedeutung, während Albuminurie, Hämaturie, Nephritis, Epididymitis und Orchitis u. s. f. von gröfserer Wichtigkeit sind, da sie oft noch lange nach der Rekonvaleszenz von der primären Krankheit noch fortbestehen und sogar letales Ende bewirken können. Albuminurie kommt nach Ansicht der meisten Autoren in 50% der Typhusfälle vor und kann auf folgende Ursachen zurückzuführen sein: 1. Auf das Fieber an sich (häufigste Ursache). 2. Auf Nephritis, wobei die Albuminurie sehr reichlich und mit Blut, Cylindern und Epithelfetzen vermischt ist. 3. Infolge von akuter suppurativer Nephritis und 4. infolge von Cystitis. Pyurie ist während des Typhus eine nicht ungewöhnliche Komplikation, besonders in schwereren Fällen, Hämaturie und Hämaglobinurie sind selten und kommen

als das Resultat schwerer Toxämie oder als Symptome allgemein hämorrhagischer Tendenz (hämorrhagischer Typhus) vor. Bazillurie ist so gewöhnlich bei Typhus, dafs man sie in jedem Falle einmal zu irgend einer Zeit der Krankheit annehmen mufs. Nephritis (Nephrotyphoid) ist keine seltene Komplikation, ebenso Cystitis und Pyurie und bilden letztere oft noch Monate und Jahre nach der Rekonvaleszenz vom Typhus eine Ansteckungsgefahr für die Umgebung. Von besonderem Interesse sind Orchitis und Epididymitis, welche häufiger in der Rekonvaleszenz, zuweilen aber auch im Höhestadium des Typhus auftreten. Wahrscheinlich ist in der Mehrzahl der Fälle der Blutstrom die Infektionsquelle; die Möglichkeit, dafs infolge der Bazillurie das Vas deferens die Infektion zuweilen überträgt, ist aber auch vorhanden, ebenso wie der dritte Weg infolge Phlebitis der Hodensackvenen, der bei gleichzeitiger Phlebitis der Vena saphena interna anzunehmen ist. Der Beginn dieser Komplikation ist meist ein plötzlicher, mit heftigen Schmerzen in der Hodenleistengegend, Fieber, Schüttelfrost, akuter Schwellung des Hodens; häufig sind Schmerzen beim Urinieren, so dafs in vielen Fällen Katheterisieren notwendig war. Diese Typhuskomplikation kommt meist bei jungen Leuten vor, doch sind auch Fälle bei einem 4jährigen Kind und einem 78jährigen Mann beobachtet worden. Der Zustand dauerte einige bis acht Tage und hat, da gewöhnlich einseitig, keine schlimmen Folgen bezüglich der Geschlechtsfunktion; in seltenen Fällen kann Eiterung eintreten, wodurch die Rekonvaleszenz sehr verzögert wird. Gangrän der Genitalen kommt bei weiblichen Patienten als Typhuskomplikation vor, auch akute Entzündung der Bartholinischen Drüsen, sehr selten auch der Ovarien und Tuben während und zwar meist im ersten Beginn der Krankheit, Schwangerschaft wird vom Typhus in hohem Mafse beeinflufst, indem nach einer Statistik von Sacquin unter 223 Fällen 150 mal Abortus oder vorzeitige Geburt mit 16% Mortalität eintrat. Leichte Entzündung der Brust während des Typhus wird oft beobachtet, gewöhnlich vorübergehender Natur, gelegentlich kann es auch zu Abszessen kommen, in deren Eiter verschiedene Male der Typhusbacillus gefunden wurde. *Stern-München.*

Die Tuberkulose der Genitalorgane des Mannes. (*Morgagni* 1909. Nr. 5.) Zusammenfassender Bericht. Enthält nichts Neues. *Dalla Favera-Parma.*

Zur Diagnose und Therapie der Tuberkulose der Harnwege, von Naegeli-Akerblom und Vernier. (*Ther. Monatsh.* 1909. Heft 4.) Autor empfiehlt zum Nachweis der Tuberkulosebazillen in Körperflüssigkeiten und im Gewebe die Martin Hermansche Färbung (Beize I : 1% Ammonium carbonicum-Lösung in Aq. dest.; Farbflüssigkeit II zu 3% Kristallviolettlösung [Methylviolett 6 B] in 95% Äthylalkohol. Die getrennt aufzubewahrenden Lösungen I und II werden unmittelbar vor Verwendung im Verhältnis von 3 Teilen Beize und 1 Teil Farbflüssigkeit gemischt).

Wichtig ist bei Tuberkulose der Harnwege die chemische Untersuchung des Urins, speziell die Bestimmung des Harnstoffs und der Chloride. Die verminderte Ausscheidung des Harnstoffs wird bestimmt durch Bestimmung des Harnstoffgehaltes des Blutes, verglichen mit dem des Harnes, nach Gréhants Methode. Der Albumingehalt des Urins bezieht sich auf leukocytäres Eiteralbumin und nicht auf essentielle Albuminurie. In solchen Fällen ist eine Milchkur nicht berechtigt. Die Milch als Nahrungsmittel betrachtet enthält wenig Chloride. Bei Nierenimpermeabilität mit Harnstoffretention ist die chloridfreie Ernährung mit Amylazeen die beste Ernährungsart.

Arthur Schucht-Danzig.

Die beiden Arten von Incontinentia urinae und ihre Behandlung. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 13.) Nach Mentzikovsky ist beim ersten Typus der Inkontinenz die Mucosa der Harnwege (und der Genitalien bei den Mädchen) hyperämisch und hyperästhetisch. Die geringste Berührung ist sehr schmerzhaft. Die zweite Art hingegen

zeigt beinahe unsensible Schleimhäute. Im ersten Fall bringt jeder Tropfen Urin reflektorisch eine Entleerung der Harnwege zustande, die Inkontinenz dauert auch am Tage an. Im zweiten Fall ist die Sensibilität derartig vermindert, daſs der Reflex beim Harndrang sich nicht dem Sphincter vesicae mitteilt. Während der Tage bringen die Kinder durch ihren Willen den Sphincter vesicae zur Kontraktion und verhindern so das inopportune Ablaufen des Urins, was ihnen aber während des Schlafes nicht gelingt. Im ersten Falle appliziert man täglich Kokaïn-Adrenalinlösung auf die Schleimhäute, im zweiten reizt man die Blasenschleimhaut durch Argentum nitricum-Spülungen. Auch eine Bougierkur oder der Reiz des Cystoskops leisten in diesen Fällen gute Dienste. *Gunsett-Straſsburg.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Über Vesicurin, ein neues Spezifikum gegen Erkrankungen des uropoëtischen Systemes und gegen Cystitis, von Anton Regenspurger-Wien. Das neue „Spezifikum" besteht nur aus Hexamethylentetramin, Natr. salicyl., Extr. valerian. Fruct. canab. sativ., Herb. herniar., Fol. uvae ursi, rad. gentian., Herb. urtic. sciss., Herb. equiseti!! *Gunsett-Straſsburg.*

Das Aniodol in der Urologie. Experimentalstudie von Girolamo li Virghi-Neapel. (*Giorn. internat. d. scienze med.* 1909. Nr. 6.) Nach den Versuchen des Autors ist das Aniodol bei der blennorrhoischen Infektion vollständig unwirksam. Hingegen fand er es von vorzüglicher Wirkung bei der Blasentuberkulose im Beginn. Es wird entweder angewandt in Instillationen der reinen käuflichen 1%igen Lösung mit 2% Stovaïnzusatz zu je 5 ccm täglich oder in Blasenspülungen 20—30 ccm der 1%igen Lösung in 1 l Wasser ohne Stovaïn. Diese Lösung entspricht in ihrer bakteriziden Kraft einer Sublimatlösung 1‰. Als Streupulver beim venerischen Geschwür ist seine Anwendung zu schmerzhaft. *Gunsett-Straſsburg.*

Beitrag zur internen Therapie der Harnkrankheiten, insbesondere mit Cystopurin, von Georg Hardicke-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) H. hat Cystopurin, eine Verbindung von Hexamethylentetramin mit Natriumacetat, bei akuten und chronischen, im Anschluſs an Blennorrhoe entstandenen Erkrankungen der Blase und des Blasenhalses mit ausgezeichnetem Erfolge zur Anwendung gebracht; das Mittel wirkt viel stärker als das reine Hexamethylentetramin, sogar chronische Cystitiden kamen unter dem Gebrauch von Cystopurin ohne jede lokale Therapie zur Heilung. Nach den Erfahrungen H.s ist die Anwendung des Mittels angezeigt bei allen akuten blennorrhoischen Affektionen der Harnwege, bei denen eine Lokalbehandlung aus irgendwelchem Grunde vermieden werden muſs, bei Blennorrhoikern, bei denen eine Idiosynkrasie gegen Balsamica und Tees besteht, wenn vermehrte Diurese ohne Steigerung der Flüssigkeitszufuhr bewirkt werden soll, ferner bei chronischen Cystitiden, namentlich in veralteten, hartnäckigen Fällen, in denen ausgiebige und dauernde Desinfektion der Blase und des in Zersetzung begriffenen Harns nötig ist. Endlich ist aus prophylaktischen Gründen Darreichung von Cystopurin indiziert vor und nach instrumentellen oder operativen Eingriffen an den Harnorganen, sowie im Anfangsstadium akuter Blennorrhoen; es wird dadurch das Übergreifen des Prozesses auf die Blase verhindert, der ganze Verlauf milder gestaltet und die Heilung beschleunigt. *Götz-München.*

Ein merkwürdiger Fall von Phimosis, von Andrew M'Kaig-Kalimpong (Bengal). (*Glasgow med. Journ.* März 1909.) Ein 14jähriger Hindu hatte vor etwa vier Jahren eine Vorhautentzündung, im Anschluſs an welche eine bedeutende Verlängerung und Verdickung der Vorhaut sich ausbildete, so daſs der Urin nur durch eine etwa stecknadelkopfgroſse Öffnung austreten konnte. Bei der Mixtion bildete sich die beinahe

geschlossene Vorhaut in eine Blase um, die grofs genug war, um allen auf einmal gelassenen Urin aufzunehmen, mit anderen Worten, die eigentliche Harnblase entleerte sich nochmals in eine andere, äufsere, dann mufste der Junge warten, bis der Urin langsam aus der erwähnten, feinen Öffnung heraustropfte. Bei der Operation (Circumcision), waren durch die Verwachsung der Vorhaut mit der Glans und das Vorhandensein kalkiger Einlagerungen in ersterer einige Schwierigkeiten vorhanden, jedoch gelang es dieselben zu überwinden und Patient war nach einigen Tagen völlig wiederhergestellt. Als erwähnenswert hebt K. an dem Falle noch hervor, dafs trotz der jahrelangen Dauer des Leidens die Harnblase intakt geblieben ist.

Stern-München.

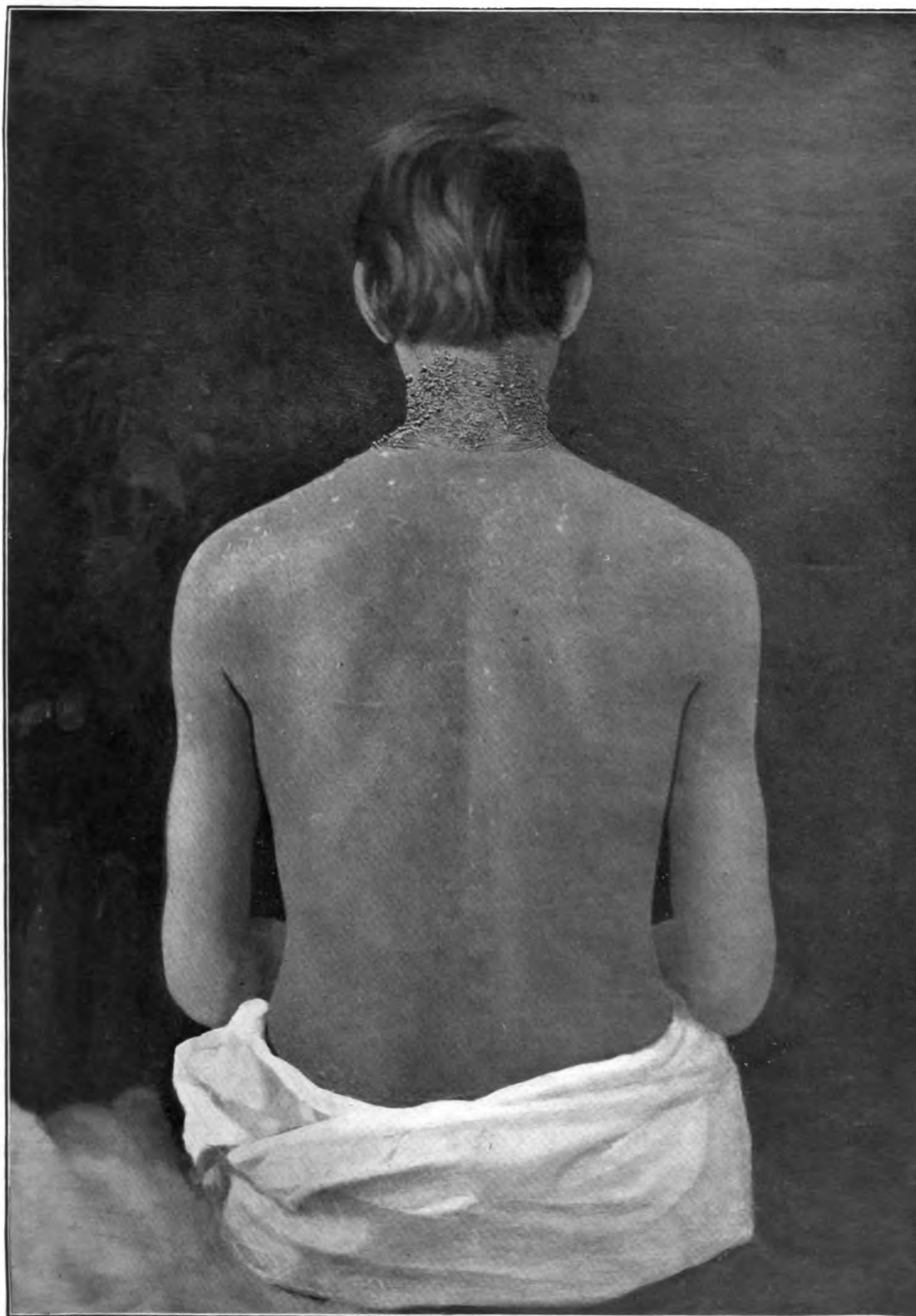
Zur Therapie der Phimose, von Julius Petrivalsky-Prag. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 85, Nr. 2.) Nach kritischer Besprechung der Methoden anderer Autoren gibt P. eine eigene Methode an, welche er als plastische Exzision bezeichnet; er exzidiert ein Stück des Präputialringes und bildet durch zwei parallele Schnitte an der Dorsalseite Lappen mit gegen den Sulcus coronarius gerichteter Basis; die Lappen werden völlig evertiert, ihre Ecken abgerundet, das Innenblatt durchtrennt und der äufsere Lappen in den durch Inzision des Innenblattes entstandenen Wundwinkel, die beiden kleineren Innenlappen in die beiden Inzisionswinkel im Aufsenblatte eingelegt, sorgfältig adaptiert und mit feinen Knopfnähten in dieser Lage fixiert. Der kosmetische Effekt war in acht Fällen erfreulich und der funktionelle Effekt bei Erwachsenen war völlig befriedigend. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von totaler Epispadie der Urethra, von Max Jerusalem-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) Bei einem 20jährigen Manne stellte die Urethra im Bereiche der ganzen Pars pendula eine nach oben offene Rinne dar, deren Basis mit Schleimhaut ausgekleidet ist. Nur knapp unter der Symphyse, die im Röntgenbilde 4 cm auseinander klafft, zeigte sich der Ansatz eines Urethralrohres, dessen obere Wand mit dem an der Unterseite der Glans befindlichen Präputium zusammenhängt. Der Verfasser operierte drei zeitig nach einer etwas geänderten Thierschschen Methode. *Schourp-Danzig.*

Oedema dorsi Penis, von M. Wohl-Budapest. (*Urologiai Szemle,* Nr. 8. Beiblatt von *Orvosi Hetilap.* 1908.) Das Ödem im oberen Drittel des Penis in der Nähe des Mons veneris ist ein Stauungssymptom. Wenn der Plexus Santorini in der Pars membranacea der Urethralwand unter Druck steht, dann bildet sich eine Stauung in der Vena dorsalis penis, und auf Grund dessen ein Ödem der Umgebung. Der Autor sah dieses Bild nur zweimal nach Blennorrhoe in der dritten bis vierten Woche, damals als die zweite Portion des Urins noch vollkommen rein war. Erst nach drei bis vier Tagen trat die Urethritis portica auf, mit trübem Urin, Ischurie usw. W. hält das Ödem für ein Frühsymptom der Entzündung der Pars membranacea. Er sah diese Erscheinung auch nach Periostitis des Ramus horizontalis ossis pubis, so auch nach Cavernitis traumatica, wo die Infiltration einen Druck gegen den Ramus ascendeus ossis ischii ausübt und dadurch den Plexus Santorini in Stauung bringt.

Porosz-Budapest.

Vollständige Harnröhrenzerreifsung; Urinretention. — Urethrorraphie, von Pedro Cifuentes. (*Riv. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 4.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*



Beron.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Graph. Institut Julius Klinkhardt,

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. № 2. 15. Juli 1909.

Aus dem Dermatologischen Institut Professor KROMAYERS, Berlin.

Hilfsinstrumente zur Elektrolyse.

Von

Professor KROMAYER.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Ich habe in dem Aufsatze: „Multiple subcutane Elektrolyse, ein narbenloses Zerstörungsverfahren, insbesondere für Haare" (*Dtsch. med. Wochenschr*. 1908. Nr. 52) eine Modifikation der gewöhnlichen Elektrolyse angegeben, die einmal in der gleichzeitigen Verwendung mehrerer Nadeln, zum andern in der Beschränkung der elektrolytischen Wirkung auf das subcutane Gewebe besteht.

Das erste wird dadurch erreicht, dafs die elektrolytische Nadel nicht in einem Nadelhalter montiert, sondern mit einem feinsten Kupferdrahte verbunden wird, und dafs mehrere derartige Nadeln durch Kupferdraht verkoppelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, beliebig viele Nadeln gleichzeitig elektrolytisch wirken zu lassen. Das bedeutet eine wesentliche Zeitersparnis.

Das zweite wird durch einen Lacküberzug erreicht, welcher die Spitze der Nadel[1] für die elektrolytische Wirkung in der Ausdehnung von 2 mm frei läfst, den übrigen im Haarbalg steckenden Teil der Nadel aber „isoliert", so dafs die elektrolytische Wirkung subcutan erfolgt und keine sichtbare Narbe erzeugt.

So einwandsfrei theoretisch, wie ich glaube, diese Methode ist, so gehört doch, um zu sicheren praktischen Resultaten zu gelangen, wie bei vielen Methoden so auch bei dieser eine exakte Ausführung. Meinem oben erwähnten Aufsatze will ich im folgenden einige praktische Notizen hinzufügen, um vielen Anfragen seitens Kollegen zu genügen.

[1] Die Nadeln werden von der bekannten Firma Reiniger, Gebhardt & Schall, Erlangen, fabriziert.

1. Eine gewisse Schwierigkeit meiner Epilationsmethode bietet die Beurteilung, wann die Haarwurzel sicher zerstört ist. Ich habe in der zitierten Arbeit hierfür folgende Anhaltspunkte gegeben: Erstens die Berechnung des elektrischen Stromes nach Milliampère-Minuten; zweitens die Veränderungen, die sich während der Elektrolyse auf der Haut und am Haar ausbilden. Zu diesen gehört insbesondere das Aussehen des Haares, das man aus der Haut entfernt hat. Wie ich dort des näheren ausgeführt habe, soll das Haar entfernt werden, während gleichzeitig die Nadel noch in der Haut stecken bleibt, damit man die Elektrolyse weiter wirken lassen kann, wenn man an den ausgezogenen Haaren erkannt hat, daſs die Haarwurzel noch nicht völlig zerstört ist. Dieses Entfernen des Haares ist mit den üblichen Epilationspinzetten nur dann leicht, oder überhaupt möglich, wenn die Haare lang und somit bequem zu fassen sind. Bei kurzen Haaren — und das dürfte die Regel sein — benutze ich



Fig. 1.



Fig. 2.

etwas anders konstruierte Pincetten, die spitz zulaufen und somit ermöglichen, das Haar neben der Nadel zu fassen, selbst wenn das Haar dicht der Nadel anliegt.

2. Die Einführung der Nadel in den Haarbalg starker Haare bietet gewöhnlich keine Schwierigkeiten. Anders ist es, wenn es sich um feinere unpigmentierte Haare handelt, deren Austrittsstelle aus der Haut häufig nicht genau mit bloſsem Auge erkannt werden kann. Ich benutze in diesen Fällen ein Vergröſserungsglas,[2] das mittels Stirnreif vor den Augen fixiert wird und ein bequemes binokulares Sehen ermöglicht. Das 15 cm im Durchmesser groſse Glas (siehe Abbildung 1) ist durch ein Kugelgelenk mit dem Stirnreifen verbunden und kann mit einer bequemen Handbewegung vor die Augen in passende Stellung und wieder weggeschoben werden.

---

[2] Erhältlich bei Reiniger, Gebhardt & Schall, Erlangen.

3. Noch wichtiger als das Vergröfserungsglas, das bei sehr scharfen Augen vielleicht entbehrlich ist, ist eine gute Beleuchtung des Operationsfeldes. Bei hellem Tageslicht ist eine künstliche Beleuchtung nicht notwendig. Bei trüben Tagen, besonders im Winter, ist aber eine intensive Beleuchtung durch konzentriertes Licht unentbehrlich. Eine Nernstlampe, deren weifses Licht, durch Sammellinsen konzentriert, auf das Operationsfeld geworfen wird, genügt allen Ansprüchen. Die bisherigen Lampen dieser Art hatten aber den Mangel, dafs die Einstellung des Lichtes umständlich war. Eine neuerdings von Professor JUNG-Berlin konstruierte Lampe[3] hilft diesem Mangel in vorzüglicher Weise dadurch ab, dafs die Lampe in einem kugelförmigen Metallgehäuse montiert ist, das wiederum in einer Art Kugelgelenk leicht bewegbar ist. Durch einfachen Druck auf den die Sammellinsen mithaltenden Tubus a (siehe Abbildung 2) von rechts, links oben oder unten bewegt sich das Lampengehäuse im Kugelgelenk und verändert damit die Richtung des Tubus und der konzentrierten Lichtstrahlen, so dafs man in bequemster Weise eine beliebige Stelle des Operationsfeldes intensiv beleuchten und jeder Stellungsveränderung des Patienten mit der Belichtung folgen kann, ohne auch nur den Blick vom Operationsfelde wegwenden zu müssen. Die Lampe hat mir nicht nur bei der Epilation, sondern bei anderen Operationen, bei denen eine intensive Beleuchtung erforderlich ist, ganz vorzügliche Dienste geleistet. Ich glaube, dafs sie die beste jetzt existierende Lampe ist.

4. Eine Lagerung des Patienten, die sowohl für ihn wie für den operierenden Arzt bequem ist, halte ich nicht nur aus dieser Rücksicht, sondern im Hinblick auf den besten Erfolg für unbedingt notwendig. Nachdem ich lange Zeit mit einfachen Operationsstühlen Versuche angestellt, bin ich schliefslich zu dem bei Zahnärzten üblichen Operationsstuhl, der nach allen Richtungen hin beweglich und verschiebbar ist, übergegangen, und glaube, dafs dieser allen Anforderungen entspricht. Allerdings ist der Preis dieses Stuhles hoch. Trotzdem empfehle ich ihn und glaube, dafs die hohen Anschaffungskosten durch bessere Behandlungsresultate ausgeglichen werden.

---

[3] In allen gröfseren Instrumentengeschäften erhältlich.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Das Eleïdin in seinem Verhältnis zur basalen Hornschicht.

Von

Dr. Gavazzeni-Bergamo.

In meiner Arbeit über Trichohyalin (s. Literaturverzeichnis am Ende) habe ich gefunden, daſs in der Tingibilität zwischen dem Keratohyalin der Körnerschicht und dem Eleïdin der basalen Hornschicht der Unterschied besteht, daſs das Keratohyalin sich mit sauren und basischen Farben färbt, das Eleïdin nur mit sauren.

Daraus schloſs ich, daſs im Vergleich mit Keratohyalin das Eleïdin ein einfacherer Körper ist, und daſs bei der Entstehung des Eleïdins aus Keratohyalin eine neutralisierende Komponente abgespalten wird. Diese Komponente nannte ich X.

„Der Einfachheit halber bezeichne ich die eleïdinhaltige basale Hornschicht mit A, mithin Keratohyalin durch A + X. Nun wissen wir, daſs die basale Hornschicht (A) saure Farbstoffe bevorzugt und basische ablehnt, dagegen Keratohyalin (A + X) in seinem Verhalten zu den Farbstoffen neutral erscheint. Das würde zu dem Schlusse führen, daſs X eine Vorliebe für basische Farbstoffe hat, da A acidophil, A + X dagegen neutral ist.“

Setzen wir in diesem Satze statt „basale Hornschicht“ das Wort „Eleïdin“, so gilt dieser Satz auch heute noch. Als ich ihn schrieb, wuſsten wir noch nicht, daſs die Tingibilität der basalen Hornzellen durch die tinktoriellen Eigenschaften des Eleïdins, welches eine so hervorragende Rolle in der basalen Hornschicht spielt, noch keineswegs bedingt ist. Ich setzte daher ganz unbefangen Eleïdin = basale Hornschicht.

Es sollte sich aber sehr bald herausstellen, daſs auch zwischen dem Eleïdin und der basalen Hornschicht noch groſse chemische und tinktorielle Differenzen bestehen. Heuss hatte im allgemeinen bewiesen, daſs die Hornschicht eine stark saure Reaktion besitzt (1892). Unna und Golodetz konnten aber (1908) zeigen, daſs diese Regel gerade an der basalen Hornschicht eine Ausnahme erleidet, indem gewisse tinktorielle Eigenschaften der Cyanbilder sich nur dadurch erklären lassen, daſs man annimmt, daſs in der basalen Hornschicht eine basische Reaktion herrscht.

In einer anderen Arbeit über Millons Reagens zeigten dann Unna und Golodetz, daſs das Eleïdin im Gegensatz zur Hornsubstanz nicht die Millonsche Reaktion gibt. Diese Reaktionen habe ich öfters wiederholt und bin zu ganz denselben Resultaten gekommen.

Es war also hiernach klar, daſs

1. zwischen dem Eleïdin der basalen Hornzellen und dem Keratin derselben selbst ein chemischer Gegensatz besteht;
2. daſs die basale Hornzelle als Ganzes gegenüber einer Mischung von Eisenchlorid und Ferricyankalium sich tinktoriell wie eine basische Substanz verhält.

Wir können diese Ergebnisse von UNNA und GOLODETZ auch so ausdrücken:

Während die Hornzellen im allgemeinen stark sauer sind, wird die Reaktion in den basalen Hornzellen basisch durch das darin enthaltene basische Eleïdin.

Dadurch aufmerksam gemacht, untersuchte WILE noch einmal in UNNAS Laboratorium unter Zuhilfenahme einer groſsen Reihe neuer Farbstoffe die basale Hornschicht und das Eleïdin.

Er prüfte sechs basische Farben:

1. Methylenblau,
2. Safranin,
3. Gentianaviolett,
4. Pyronin,
5. Fuchsin,
6. Methylgrün.

Alle, mit einer einzigen Ausnahme, färbten die basale Hornschicht, dagegen nicht das Eleïdin, nur das Methylgrün verhielt sich indifferent gegen beide. Hiernach ist Farben gegenüber Eleïdin eine Base, die basale Hornschicht eine Säure.

Weiter untersuchte WILE das Verhältnis dieser Gebilde gegenüber 26 sauren Farbstoffen.[1] Auch diese gaben ein sehr charakteristisches Bild, da 24 derselben die basale Hornschicht nicht, zwei wohl, aber schwach, färbten.

Andererseits tingierten 20 saure Farbstoffe das Eleïdin, darunter einige, wie Congorot, Benzorcinblau, benzoechtes Scharlach, Halbwollcyanin, Diamingrün, Nigrosin, Alkaliblau, Wasserblau und Pikrokarmin sehr prächtig; nur fünf färbten dasselbe nicht (Säurefuchsin, Eosin, Orange, Azoviolett und Oxydiaminschwarz).

---

[1] 1. Säurefuchsin, 2. Eosin, 3. Wasserblau, 4. Alkaliblau, 5. Nigrosin, 6. Orange, 7. Congorot, 8. Ponceau, 9. Benzorcinblau, 10. benzoechtes Scharlach, 11. Halbwolllichtgrün, 12. Halbwollcyanin, 13. Halbwollbraun, 14. Diamantschwarz, 15. Diaminogen, 16. Diamingrün, 17. Diaminechtgelb, 18. Benzopurpurin 4 B, 19. Benzoechtbordeaux, 20. Benzoorange, 21. Alkaligrün, 22. Brillantpurpur, 23. Baumwollorange R, 24. Thiazogelb, 25. Azoviolett, 26. Oxydiaminschwarz.

Der Schlufs hieraus mufs genau wie oben lauten, dafs den Farben gegenüber Eleïdin sich wie eine Base, die basale Hornschicht wie eine Säure verhält.

Wenn wir von dem abweichenden Verhalten einiger weniger Farbstoffe (Säurefuchsin, Orange, Methylgrün) absehen, welches wohl später einmal eine Erklärung finden wird, so erlaubt die weit überwiegende Menge aller Farben nur den Schlufs: Eleïdin verhält sich wie eine Base, die basale Hornzelle als Ganzes wie eine Säure.

Vergleichen wir diesen wohl unanfechtbaren Satz mit unserem ersten Satz, den wir aus den Untersuchungen von GOLODETZ und UNNA gezogen haben, so herrscht volle Übereinstimmung. Aus der tinktoriellen Analyse wissen wir, dafs Eleïdin ein basisches Albuminoid ist, das umhüllende Keratin ein saurer Eiweifskörper.

Bei der Erzeugung einer Farbe (rot) in der basalen Hornschicht aus ungefärbten Komponenten (Keratin + MILLONS Reagens) sehen wir weiter, dafs dieselbe nur am Keratin haftet, nicht aber an dem Eleïdin, welches hiernach kein Tyrosin enthält.

Jener durch die tinktorielle Analyse gegebene Gegensatz zwischen basaler Hornzelle und Eleïdin wird also durch die Bildung von gefärbten Produkten in der basalen Hornschicht nicht blofs bestätigt, sondern, genauer definiert: das tyrosinlose, basische Eleïdin liegt eingeschlossen innerhalb des tyrosinreichen, sauren Keratins.

Wir kommen nun zur Konfrontation des Hauptsatzes — das Eleïdin ist eine Base, die basale Hornschicht als Ganzes eine Säure — mit dem zweiten Satz, den ich aus den Untersuchungen von UNNA und GOLODETZ gezogen habe, welcher lautet:

„Die basale Hornschicht als Ganzes verhält sich einer Mischung von Eisenchlorid und Ferricyankalium gegenüber wie eine basische Substanz.“

Dieser letztgenannte, zweite chemische Satz widerspricht anscheinend auf den ersten Blick dem tinktoriellen Hauptsatz; aber nur scheinbar. Um das zu verstehen, müssen wir uns die bei beiden Prozessen vor sich gehenden Veränderungen einzeln klar machen.

Bei der Färbung der basalen Hornschicht tritt die basische Farbe zunächst an die saure Keratinhülle heran und wird von dieser sofort gebunden; es resultiert eine basische Färbung der ganzen Zelle. Auf das im Innern dieser Zelle eingeschlossene basische Eleïdin wirkt die basische Farbe entweder gar nicht oder, wenn sie in das Innere der Zelle eindringen kann, so färbt sie es nicht. Das ungefärbte Eleïdin hat aber natürlich keinen Einflufs auf die Gesamtfarbe der Keratinhülle.

Übrigens ist die zweite Möglichkeit, dafs die basische Farbe gar nicht zu dem fest eingeschlossenen Eleïdin gelangt, die wahrscheinlichere. Denn die basischen Farben haben im allgemeinen ein grofses Molekül, und wir

wissen aus den Untersuchungen von WILE und mir, daſs auch die sauren Farben mit kleinem Molekül das Eleïdin nur dann färben, wenn man es durch Anschnitt der Zelle freigemacht hat. So färbt Nigrosin das freie Eleïdin tief blauschwarz, das eingeschlossene Eleïdin (der ganzen basalen Hornschicht) gar nicht.

Wenden wir uns nun dem Eisen-Cyanbilde der Oberhaut zu. Hier haben wir es mit einer das Keratin stark angreifenden Mischung von Eisenchlorid und Ferricyankalium zu tun, welche von dem Keratin reduziert, d. h. gebläut wird. So ist es im Bereich der ganzen Hornschicht mit Ausnahme der basalen Hornschicht. UNNA und GOLODETZ haben nun gezeigt, daſs diese Reduktion zu Berlinerblau im Eiweiſs des Gewebes ausbleibt, wenn gleichzeitig eine basische Reaktion in der Umgebung besteht. Eine solche gibt es nun immer in der Umgebung des Keratins der basalen Hornzellen, da dieselben im Innern eingeschlossen das basische Eleïdin enthalten.

Weit entfernt also davon, daſs die rein tinktorielle Untersuchung der basalen Hornschicht, wie sie von CILIANO, mir und WILE durchgeführt wurde, den chemischen Untersuchungen von UNNA und GOLODETZ widerspräche, herrscht vielmehr zwischen den Resultaten beider Untersuchungsmethoden volle Harmonie.

Wir wissen jetzt, daſs die Keratinhülle der basalen Hornschicht sauer reagiert und reduziert, das in derselben eingeschlossene albuminöse Eleïdin aber eine basische Reaktion hat.

Literatur.

ERNST HEUSS, Die Reaktion des Schweiſses beim gesunden Menschen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, S. 343, 400, 501.

PEDRO CILIANO, Eleïdin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 46.

GOLODETZ-UNNA, Der mikrochemische Nachweis der Keratine durch MILLONS Reagens. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47.

— — Der mikrochemische Nachweis des Cholesterins in der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47.

— — Das Reduktionsvermögen der histologischen Elemente der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48.

ALESSANDRO GAVAZZENI, Trichohyalin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47.

WILE, Das Eleïdin der basalen und superbasalen Hornschicht. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Juni 1909.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lesser: Gedenkrede auf Ernest Besnier.

2. Rosenthal: Einladung zur Eröffnung des Heims für erblich kranke Kinder am 27. Juni 1909.

3. Dreyer demonstriert ein zweijähriges **Kind mit Lues hereditaria,** welches einen grofsen Schädel (Umfang 47,5 cm), totale Alopecie und starke Erweiterung der Kopfvenen aufweist. Von frischen Luessymptomen zeigt es Plaques der Unterlippe. Die Mutter hat keine äufseren Zeichen von Lues, aber positive Wassermannsche Reaktion; sie hat vor der Geburt dieses Kindes einmal abortiert.

4. Tomasczewski demonstriert ein **Kaninchen mit Primäraffekten am Präputium,** die nach einer Impfung mit syphilitischem Stoff in die Hoden aufgetreten sind. Es handelt sich wohl um eine zufällige Infektion der Präputialhaut.

5. Blaschko demonstriert drei Fälle von **nodulären Tuberkuliden,** besonders im Gesicht. Tuberkulinreaktion war in einem Falle positiv, Pirquet zweimal positiv, einmal negativ, Tierimpfung verlief immer negativ. Mikroskopisch fand sich eine Zusammensetzung aus epithelioiden und Riesenzellen, zentrale Nekrose. Therapeutisch wirkten am besten Röntgenstrahlen.

Diskussion: Arndt hebt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen akneiformem Lupus und Rosacea hervor. Es gibt zwei Formen von Lupus miliaris disseminatus, eine typische mit Verkäsung und eine schwer von Rosacea zu unterscheidende, die erst mikroskopisch sicher erkannt werden kann. Heller möchte die vorgestellten Fälle von der Dermatitis nodularis necrotica unterscheiden (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 48, Heft 12, Maisitzung der Gesellschaft). Blaschko hält den Namen Lupus follicularis, wie diese Fälle anfangs bezeichnet wurden, für ungeeignet. Nicht ein Follikel, sondern eine Periphlebitis ist das Zentrum. Auch Arndt hält den Namen Lupus miliaris für besser. In diesen Fällen findet man immer an Aknitis und Folliklis erinnernde Knötchen. Blaschko ist es zweifelhaft, ob es sich in diesen Fällen um wirklichen Lupus handelt.

6. Jacobsohn demonstriert einen jungen Mann, dessen von einer Eisenbahnverletzung (Suicidversuch) herrührende Narben strichförmige **schwarzbraune Pigmentierungen** hinterlassen haben.

Diskussion: Lesser möchte die dunklen Streifen als Siderosis ansprechen, wie man sie bei Müllern, Kohlenarbeitern usw. antrifft.

7. Jacobsohn demonstriert eine Frau mit beginnender **Addisonscher Krankheit.**

8. Jacobsohn demonstriert einen Mann, bei dem sich, angeblich seit einem Unfall vor einem Jahre, weifse Flecke, namentlich **Vitiligohöfe um Naevi** ausgebildet haben.

9. Saalfeld demonstriert einen Fall von **Lichen planus der Schleimhaut der Unterlippe.**

10. Saalfeld demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber verrucosus der Unterschenkel.**

11. SAALFELD demonstriert einen seit 13 Jahren bestehenden Fall von **Lupus erythematodes**, der vorzüglich auf der linken Gesichtshälfte lokalisiert ist.

12. SAALFELD demonstriert einen jungen Mann, dessen in den Achselhöhlen und der angrenzenden Brusthaut befindlichen Ausschlag er als **Pityriasis rosea** ansprechen möchte.

Diskussion: JULIUSBERG hält die Affektion ebenfalls für Pityriasis rosea. BLASCHKO neigt eher zur Diagnose eines akuten seborrhoischen Ekzems. ARNDT nimmt Pityriasis rosea an, die allerdings einem seborrhoischen Ekzem sehr ähnlich ist.

13. SAALFELD demonstriert eine 45jährige Frau mit verrukösen Effloreszenzen am Unterschenkel, die dem Lichen verrucosus gleichen. Seit einem halben Jahre ist an den Armen eine lichenähnliche Eruption, z. T. unter Blasenbildung und eigentümlich gruppiert und kreisförmig, aufgetreten. Das Blut erscheint anämisch, mit leichter Eosinophilie und Lymphocytose. Vielleicht handelt es sich um einen **Lichen ruber pemphigoides**.

Diskussion: BAUM sieht den Fall als Akne urticata an. Auch PINKUS hält den Fall für eine Urticaria papulosa mit Bildung verruköser Effloreszenzen.

14. ROSENTHAL demonstriert ein **junges Mädchen**, dessen Eltern er in den achtziger Jahren an Syphilis behandelt hat. Patientin hat bis zu 16 Monaten keine Zeichen von Syphilis aufgewiesen. Sie war bis zum 16. Jahre gesund, erkrankte dann unter den Zeichen einer **Taboparalyse**, Gedächtnisschwäche, verschieden weite Pupillen, leichte Facialisparese rechts, schwacher Romberg, apoplektiformer Anfall, starke WASSERMANNsche Reaktion. Körperlich ist sie ganz normal, weist keine Zeichen von Lues auf. Ein nach ihr geborenes Kind starb an hereditärer Syphilis. Von zehn Geschwistern sind sechs gestorben.

Diskussion: SEEGALL berichtet über einen jungen Mann mit Tabes dorsalis, dessen Vater wohl Syphilis gehabt hat, dessen Mutter häufig abortierte. Patient ist das erste lebende Kind nach fünf Aborten. WASSERMANNsche Reaktion positiv. PINKUS hat unter den Kranken der Prostituiertenabteilung zwei Mädchen mit sicheren hereditär-syphilitischen Erscheinungen und beginnender Tabes gesehen.

15. CHAJES demonstriert einen Mann mit **Primäraffekt** der Unterlippe, grofsen Halsdrüsen rechts, Exanthem.

16. ADLER demonstriert ein junges Mädchen mit **tuberösem Bromexanthem**. Es bestehen oberflächliche Knoten und tiefsitzende, Erythema nodosum-ähnliche Infiltrate.

17. MULZER berichtet über **Hodenimpfungen mit Syphilis an Kaninchen**, die er zusammen mit UHLENHUTH angestellt hat. Auf einer besonderen Bouillon hat er noch nach drei Wochen lebende Spirochaeten gefunden. Zur Entnahme des Saugserums verwendet er eine eigene Art von BIERschem Sauger mit seitlicher Sammelausbuchtung.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 31. Januar (13. Februar) 1909.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. IWANOFF stellt vor: a) einen Fall mit Folliklis; der Referent betont, dafs in diesem Falle, wie auch in den von ihm schon früher vorgestellten Fällen, die tuberkulöse Natur der Affektion vorhanden sei und in diesem letzten Falle — eine ganz typische und sehr ausgesprochene Lymphadenitis scrophulosa hervortritt; b) einen Fall mit sehr ausgedehntem **Lupus vulgaris** an der rechten Glutaealgegend. Der

Patient wurde im vorigen Jahre in Prof. PAWLOFFS Klinik aufgenommen und dort die kranken Stellen mit Termokauter behandelt; da aber später ein Rezidiv auftrat und gleichzeitig der Prozefs sich auf die Rektalschleimhaut ausdehnte, wurde es beschlossen, eine Transplantation vorzunehmen, die von Dr. PETROFF erfolgreich ausgeführt worden ist; für die Transplantation wurde die Haut des Skrotum verwendet. Der Referent meint, es wäre kaum möglich mit anderen Mitteln in diesem Falle bessere Resultate zu erreichen.

Diskussion: PETERSEN bemerkt betreffs des zweiten Falles, dafs, wenn auch die Resultate der Transplantation ganz befriedigend seien und gar kein Rezidiv erscheint, sei doch immerhin die Gefahr der unerwünschten Narbenkontraktion vorhanden, er meinte deshalb, dafs die anderen Methoden in diesem Falle vielleicht vorteilhafter wären, um so mehr, da ihm persönlich, so wie auch andern vorgekommen ist, dafs nach der Transplantation ziemlich häufige Rezidive sich zeigen.

IWANOFF erwidert, dafs in jedem einzelnen Falle es unbedingt notwendig sei, eine individualisierte Therapie vorzunehmen, dafs aber speziell in diesem letzten, von ihm vorgestellten Falle, nur die Transplantation den besten und promptesten Erfolg zu geben imstande sei.

PAWLOFF stimmt der Meinung I. bei.

2. TERLBINSKY stellt einen Fall von **Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie** (BROCQ) vor und demonstriert gleichzeitig die entsprechenden mikroskopischen Präparate.

Diskussion: IWANOFF bemerkt, dafs der soeben vorgestellte Fall von der BROCQschen Krankheit bei Beginn der klinischen Beobachtung eigentlich mehr an Dermatitis herpetiformis DUHRING erinnerte, die Erscheinungen des Ichthyosis zeigten sich erst nach dem Ablauf des akuten Stadiums; dementsprechend glaubt der Opponent, dafs das klinische Bild der BROCQschen Krankheit ein sehr veränderliches sei und dafs im Anfange die genannte Krankheit einen mehr pemphigoiden Charakter habe, die richtige Diagnose aber erst nach einer sehr langen Beobachtung möglich sei.

PETERSEN erkundigt sich über den Zustand der Schweifsdrüsen.

TEREBINSKY erwidert, dafs die mikroskopische Untersuchung keine Veränderungen in den Schweifsdrüsen zeigte.

OBRASZOFF meint, dafs der von TEREBINSKY vorgestellte Kranke sich in einem Stadium der Dermatitis herpetiformis befinde, deren klinisches Bild sehr mannigfaltig sein kann.

TEREBINSKY erwidert, BROCQ selbst betone die Möglichkeit eines konkomitierenden bullösen Ausschlags bei seiner „Erythrodermie congénitale“, auch zeigte sein Fall anfangs ein Bild von Dermatitis herpetiformis; aber bei weiterer klinischer Beobachtung und mikroskopischer Untersuchung habe sich der Fall als Erythrodermie congénitale erwiesen.

An der Diskussion nehmen aufserdem IWANOFF und PAWLOFF teil, von denen ersterer mit OBRASZOFFS Meinung nicht übereinstimmt und letzterer überzeugt ist, dafs die BROCQsche Krankheit eine vollkommen selbständige Krankheit sei.

3. PETERSEN zeigt eine Kranke mit **Blastomykosis genitalium** und hält einen Vortrag: „Über **Hefekrankheiten der Haut.**“

4. GOWOROFF hält einen Vortrag: **„Zur Frage über viscerale Syphilis bei Kindern.“**

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 6.

1. **Labyrintherkrankungen im Frühstadium der Syphilis,** von G. Stümpke-Berlin. Die Erkrankungen des inneren Ohres im Frühstadium der erworbenen Syphilis scheinen im Gegensatz zur kongenital-syphilitischen Labyrinthtaubheit und zur tertiärsyphilitischen Labyrintherkrankung eine ziemlich günstige Prognose zu geben; durch energische, frühzeitig, d. h. spätestens sechs bis acht Wochen nach Beginn der Affektion einsetzende Quecksilberinjektion wird in wenigstens zwei Dritteilen der Fälle Heilung oder doch wesentliche Besserung erzielt. Während die tertiärsyphilitische Erkrankung des inneren Ohres auf direkte oder indirekte Beschädigung des Labyrinths durch spezifische Produkte der Tertiärperiode oder auf spezifische Gefäſsalterationen und die kongenital-luetische Labyrinthtaubheit auf Knochenprozesse und Veränderungen des Gefäſssystems zurückzuführen ist, handelt es sich bei der sekundärsyphilitischen Labyrintherkrankung wahrscheinlich um eine primäre Schädigung der parenchymatösen Teile durch Entwicklung spezifischer Veränderungen im häutigen Labyrinth.

Die sekundärsyphilitische Labyrintherkrankung beginnt in der Regel ganz plötzlich mit stürmischen Erscheinungen, ist meist einseitig und tritt durchschnittlich vier bis sechs Monate nach der Infektion auf. In zwei einschlägigen Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, hat St. Kalomelinjektionen mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt; die Schwerhörigkeit ging zurück, die vorhandenen Gleichgewichtsstörungen und die subjektiven Gehörsempfindungen verschwanden.

2. **Welche Quecksilberkur ist die beste?** von H. Rohde-Kiel. R. hat vergleichende klinische Untersuchungen über die Erfolge der Syphilisbehandlung mit Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und Kalomel, mit Einreibungen von Unguentum cinereum und mit Quecksilberinhalationen mittels der Kromayerschen Merkalatormaske vorgenommen und kam dabei zu folgenden Resultaten:

Die Kalomeleinspritzungen wirken am stärksten unter den gebräuchlichen Quecksilberkuren. Rückfälle werden in mehr als einem Drittel der Fälle ganz unterdrückt oder treten nach rezidivfreien Zwischenräumen auf, die länger sind als bei anderen Mitteln. Die Unbequemlichkeiten, welche durch Anwendung des Kalomels hervorgerufen werden, wie Infiltrate und Schmerzhaftigkeit der Injektionsstellen, lassen sich, wenigstens bei der Suspendierung des Kalomels in Oleum amygdalarum in wohl erträglichen Grenzen halten. Eine Intoxikationsgefahr läſst sich gleichfalls durch Aufmerksamkeit vermeiden.

Nahe kommt den Kalomelinjektionen an Wirksamkeit eine energische, in der Klinik durchgeführte Schmierkur, während Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum in keiner Weise nachhaltig genug wirken.

Die Anwendung der Merkalatormaske, die als eine Bereicherung der Luestherapie anzusehen ist, eignet sich für solche Fälle, in denen aus irgendwelchen Gründen eine Injektions- oder Schmierkur nicht möglich ist. Wegen des häufigen Auftretens von Intoxikationserscheinungen (Stomatitiden, Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfällen) ist aber dabei stets groſse Vorsicht und ärztliche Beaufsichtigung nötig.

Götz-München.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 12.

Der Erlafs der beiden preufsischen Ministerien zur Reform der Prostitutionsüberwachung, von Zinsser-Köln. Der Verfasser exemplifiziert die Ausführung des Erlasses auf Kölner Verhältnisse. Er hat Bedenken gegen die ambulante Behandlung, die zur Unterschätzung der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten führen kann und die schwer durchzuführen ist, da die Personen aus Leichtsinn ganz fortbleiben. Nachteile der ambulanten Behandlung sind weiterhin der Mangel unentgeltlicher Untersuchung und Behandlung. Immerhin bedeutet der Erlafs eine Verbesserung der Prostitutionsüberwachung. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Urologie.

Band III, Heft 4—5.

Die Urogenitaltuberkulose, von Rovsing. Verfasser nimmt an, dafs die Genitaltuberkulose oft sekundär erzeugt wird durch die mit dem Urin aus den Nieren niederströmenden Tuberkelbazillen. Häufiger aber ist die Genitaltuberkulose primär, sie greift von der Prostata aus auf die Blase über, oder vom Vas deferens auf den Ureter, oder metastatisch durch die Lymphgefäfse des periureteralen Gewebes auf die Nieren. Verfasser beschreibt auch fünf einwandsfreie Fälle, wo die Tuberkulose direkt von der Blase durch die Ureteren aufwärts stieg. Für die Diagnose betont Verfasser die Wichtigkeit der bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchung des Urins. Zwecks Feststellung des Zustandes der Nieren kommt vor allem der Ureterenkatheterismus in Frage. Auf die Nierenfunktionsuntersuchung legt er weniger Wert, weil die Arbeitsfähigkeit einer Niere sich gar nicht nach der Ausscheidungsarbeit, die sie im Augenblicke leistet, bestimmen läfst. Die Prognose richtet sich darnach, ob man den Ausgangspunkt der Urogenitaltuberkulose radikal entfernen kann und ob noch eine Niere gesund ist. Die Behandlung mufs operativ sein, wobei zu beachten ist, dafs eine oberflächliche Blasentuberkulose oft spontan heilt, wenn der Ausgangspunkt der Tuberkulose entfernt ist. Die Blasentuberkulose behandelt er mit Karbolinjektionen. Palliativoperation bei doppelseitiger ascendierender Nierentuberkulose ist die Ureterostomie.

Die Vorbehandlung der Anurie bei Gebärmutterkrebs, von Legueu. Verfasser empfiehlt, die Nephrostomie bei ausgebreiteten Gebärmutterkrebsen schon in früher Zeit zu machen, ehe durch Kompression die Ureteren verschlossen werden und das Nierenparenchym degeneriert ist. Er verlängerte so das Leben einer Kranken um 313 Tage.

Zur Technik der intravesikalen Operation von Blasentumoren, von F. Böhme. Verfasser schildert: 1. einen neuen Schlingenführungsapparat zum Operationscystoskop von Nitze, nebst kasuistischer Mitteilung; 2. spricht er über die Wahl des Instruments bei intravesikalen Operationen, wobei er dem starren System vor den beweglichen Instrumenten den Vorzug gibt.

Über renalpalpatorische Albuminurie, von A. Seelig. Das Auftreten von Eiweifs im Urin nach kräftiger Palpation läfst sich zur Diagnose bei Abdominaltumoren verwenden, um festzustellen, ob sie renalen oder nicht renalen Ursprungs sind.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Cystenniere bei Erwachsenen, von Brongersma. Verfasser schildert einen von ihm operierten Fall von Cystenniere und bespricht die Entstehung dieser Erkrankung, die er nicht als Neubildung auffafst, sondern als Folgezustand einer chronischen toxischen Nephritis mit Abschnürung von Harnkanälchen und daraus folgender Cystenbildung.

Beitrag zur Frage der konservativen Behandlung der Frühstadien der Nierentuberkulose bei Kindern, von LEEDHAM-GREEN. Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs die Nierentuberkulose bei Kindern eine sehr häufig vorkommende Erkrankung sei, die nur wegen ihrer Symptomlosigkeit in ihren Anfangsstadien sehr häufig übersehen wird. Sie kommt bei geeigneter Behandlung, ohne Operation, oft zur Heilung.

Ein Fall von tuberkulöser Niere mit doppelten Ureteren, von EINAR REY. Verfasser operierte ein Mädchen mit tuberkulöser Niere. Bei der Operation fanden sich zwei Ureteren, die aus zwei Nierenbecken entsprangen.

Primäres Carcinom des rechten Ureters, von J. RICHTER. Verfasser fand an einer Leiche im juxtavesikalen Teile des rechten Ureters eine gut haselnufsgrofse, papilläre Geschwulst, die sich als Carcinom erwies.

Ein Fall von multiplen Steinen der hypertrophierten Prostata, von CHOLZOFF. Verfasser exstirpierte bei einem 68jährigen Patienten die Prostata, die von zahlreichen Steinen und Steinchen durchsetzt war, im ganzen etwa 130.

Beitrag zur klinischen und bakteriologischen Untersuchung über die Cystitis, von TOMAHARU TANAKA. Die aus Cystitisharn gezüchteten Bakterien werden oft auch in der normalen Harnröhre gefunden. Staphylokokken und Kolibakterien fanden sich häufig in Reinkulturen, erstere häufiger. Die akute Cystitis wird meist durch Kokken, Gonokokken und Staphylokokken erzeugt, die chronische mehr durch Bazillen, Tuberkelbacillus und Kolibakterium. Harnstoffzersetzende Bakterien fanden sich häufiger, als harnstoffnichtzersetzende. Die saure Reaktion des Urins ist häufiger als die alkalische. Die Kokkencystitis ist leichter zu heilen, als die Kolicystitis; bei tuberkulösen Geschwüren empfiehlt sich die Instillation einer Europhenlebertranmischung.

Beiträge zur Irrigationsurethroskopie, von DREYER. Verfasser beschreibt seine Erfahrungen mit dem GOLDSCHMIDTschen Instrument. Er verfügt über 150 Fälle.

F. Hahn-Bremen.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1909. Nr. 6.

1. **Nierentuberkulose,** von EUGENE SAINT JACQUES-Montreal. Klinische Studie.

2. **Multiple hereditäre hämorrhagische Teleangiektasien,** von FREDERIC M. HANES-Baltimore. Kasuistik und Literaturübersicht.

3. **Rückblick auf frühere Behandlungsarten von Spermatorrhoe und Impotenz,** von THADDEUS H. WILLIAMS-Milwaukee. (Fortsetzung folgt.)

4. **Die Gefahren von kräftigen Injektionen bei abklingender Blennorrhoe,** von E. URQUHART BARTHOLOMEW-London. Warnung, bei postblennorrhoischen Katarrhen noch starke Injektionslösungen zu gebrauchen.

5. **Decapsulation der Niere und chirurgische Behandlung der BRIGHTschen Krankheit,** von ISAAC LEVIN-New York.

6. **Die Überlegenheit der Urethrotomia externa bei Harnröhrenverengerungen,** von HIRAM B. STOUT-Parkersburg. Mitteilung von operierten Fällen. Die etwa zurückgebliebene Fistel schlofs sich stets spätestens vier Wochen nach der Operation. Der Verfasser empfiehlt die Urethrotomia externa wegen ihrer Einfachheit, wegen der Sicherheit des Erfolges und wegen der Möglichkeit, die Corpora cavernosa, welche bei interner Urethrotomia verletzt werden können, völlig intakt zu lassen und damit die Impotentia coeundi nicht zu beeinträchtigen. *Schourp-Danzig.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 4—5.

Über die sogenannten Körperchen des Trichophyton und über den Trichophyton als Ursache von Favuskörperchen, von R. Sabouraud. Sabouraud steht auf dem Standpunkt, dafs Favus und Trichophytiasis zwei grundverschiedene Krankheiten sind und dafs der Trichophyton niemals Favuskörperchen hervorbringen könne. Trotzdem er in zahlreichen Arbeiten über die verschiedenen Arten des Trichophyton den Beweis für diesen Satz geliefert hat, so haben doch neuerdings wieder deutsche, englische und französische Forscher die Grenzen zwischen den beiden Krankheiten zu verwischen versucht. Kral und Neumann haben Trichophytiasis als Hühnerfavus bezeichnet, und deren Erreger, einen unzweifelhaften Trichophyton, Achorion genannt. Andrerseits fanden Sabrazès und Mewborn in Favuskörperchen eine seltene Form des Achorion und nannten ihn Trichophyton gypseum. Gegen solche Versuche, zwei Krankheitseinheiten zusammenzuwerfen, wendet sich Sabouraud, indem er scharfe Kritik an den Veröffentlichungen der genannten Autoren übt und überzeugend nachweist, dafs ihre Schlüsse voreilig seien; es sei allerdings nicht unmöglich, aber es sei noch nicht erwiesen, dafs irgend ein Trichophyton Favuskörperchen hervorbringen könne.

Über den histologischen Befund der Gewebe nach Einspritzung von Oleum cinereum, von Pellier. Die vorliegenden Untersuchungen wurden dadurch ermöglicht, dafs ein junges Mädchen, dem wegen Verdacht auf Lues in der Toulouser Klinik Oleum cinereum-Einspritzungen gemacht wurden, vier Tage nach der fünften Einspritzung plötzlich starb. Nur wenige Forscher — aufser Audry und seiner Schule, Harttung, Bory und Zieler, — haben sich bis jetzt dieser Frage zugewandt; aber die Arbeit von Zieler — die Befunde dieser Forscher sind in der vorliegenden Abhandlung mitgeteilt — bietet weniger Interesse, weil bei seinen Präparaten das graue Öl nicht ins Muskelgewebe eingedrungen, sondern im Unterhautzellgewebe liegengeblieben war. Die Tierversuche sind nur mit Vorsicht zu benutzen, weil bei ihnen die Reaktionen der Gewebe anders als beim Menschen zu verlaufen scheinen.

Von den fünf Einspritzungen, die die Patientin erhalten hatte, konnten an der Leiche nur vier mit Sicherheit ermittelt werden; nur in den Präparaten, die aus der jüngsten Einspritzung stammten, liefsen sich unter dem Mikroskop feinste Quecksilberkügelchen erkennen.

Das Muskelgewebe reagiert ganz anders auf den Reiz der Einspritzung als das Bindegewebe; auch sind die Resorptionsverhältnisse des Quecksilbers in den beiden Gewebsarten verschieden; im Muskelgewebe geht seine Umwandlung viel schneller von statten, als im Bindegewebe. In seiner umgewandelten Form nimmt das Hg. die Gestalt von ganz kleinen schwarzen kugelförmigen oder krystallinischen Körnern an, über deren chemische Zusammensetzung P. nichts auszusagen vermag. Diese Körner können monate- bis jahrelang im Gewebe liegen bleiben.

Im Muskel wird durch die Quecksilbereinspritzung zuerst eine Hämorrhagie hervorgerufen. Über die Natur und die weitere Entwicklung dieser Hämorrhagien, wobei es zur Bildung von amorphen Massen kommt, die von Alveolen durchsetzt sind, gehen die Meinungen noch auseinander. Nach P. kommen die Alveolen dadurch zustande, dafs die eingespritzte Masse sich im Gewebe verteilt. Um den hämorrhagischen Herd herum entsteht eine heftige Reaktion der Bindegewebszellen, die zu einer fibrösen Umwandlung des ganzen Herdes führt; das Muskelgewebe geht dabei ganz zugrunde. — Auch beim Bindegewebe besteht, sofern es überhaupt auf die Einspritzung reagiert, die wesentliche Veränderung in einer Hämorrhagie. Über den Verbleib des Öls konnte Verfasser bei der Art seiner Technik nichts ermitteln. Nach andern Forschern

werden die Fette organischer Herkunft — Olein, Lanolin, Schmalz — rasch von den Leukocyten assimiliert, während Vaselin und Paraffin unbegrenzt lange am Orte liegen bleiben können.

Wilsonscher Lichen am Thorax und am linken Arm. Verteilung der Elemente entsprechend dem Verlauf der Hautnerven wie beim Herpes zoster, von Minot. Der kurze Bericht gibt eine genaue Beschreibung des Falles.

Erythema induratum Bazin und Tuberkulineinspritzung, von Georges Thibierge und Pierre Gastinel. Junges Mädchen aus schwindsüchtiger Familie mit Erythema induratum Bazin beider Unterschenkel. Es werden an verschiedenen Hautstellen ganz geringe Mengen Tuberkulin subkutan eingespritzt. Infolge davon entwickelt sich an den Einspritzungsstellen ein ausgesprochenes Erythema nodosum, während das ursprüngliche Erythema induratum in ungewohnt kurzer Zeit abheilt. Die Verfasser erblicken in diesem Vorfall einen weitern Beweis für die tuberkulöse Natur des Erythema nodosum; andrerseits weisen sie auf die schnelle Heilung des so hartnäckigen Erythema induratum durch Tuberkulineinspritzungen hin.

Mykosis fungoides mit Tumoren beginnend, von L. M. Pautrier. Einer jener selteneren Fälle, bei denen die Hauttumoren das erste Symptom der Mykosis fungoides bildeten. Bei dem jetzt 45jährigen Patienten von ausgezeichnetem Allgemeinbefinden zeigte sich vor etwa zehn Jahren zuerst ein harter, roter Knoten in der rechten Schulterblattgegend, zu dem sich allmählich noch mehrere hinzugesellten. — Diese Form der Mykosis fungoides ist klinisch und histologisch mit dem Sarkom verwandt. Der vorliegende Fall verlief bisher ohne Pruritus und ohne Neigung der Tumoren zur Ulceration, dauert auch schon an zehn Jahre und widerspricht der Ansicht, daſs die Mykosis fungoides bei früh auftretenden Tumoren eine ungünstige Prognose habe.

Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum congenitale, von Ch. Audry. Frau von 53 Jahren, unehelich, beschränkt, hat die Neubildung seit ihrer Geburt; bemerkenswert ist, daſs diese nur einseitig ist; sie sitzt im Gesicht links, zwischen Naso-labial-Falte und Unterkiefer. Biopsie: Es besteht weder Adenom noch Hyperplasie, nur Degeneration der Talgdrüsen. Auch Nester von Naevuszellen fand A. nirgends. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 2 und 3.

Beide Hefte des „*Journal*“ enthalten keinen Aufsatz, der sich zum Referieren eignete. Das Heft 2 wird von einer Arbeit von J. Meneau ausgefüllt, die sich „Mikrobiologie der Syphilis“ betitelt, die in Heft 3 fortgeführt, aber noch nicht beendet wird und die den Zweck hat, den Leser mit allen in den Zeitschriften veröffentlichten Abhandlungen über die Ätiologie der Syphilis bekannt zu machen, die seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn erschienen sind. In diesem Artikel bespricht M. nach einander die von den verschiedenen Forschern angewandte Technik zur Darstellung der Spirochaeta, die Beschreibung und Wirkungsweise des Parasiten, die Stellung, die ihm unter den Organismen zugewiesen wird, die Arbeiten, in denen seine Bedeutung für die Syphilis anerkannt bezw. bestritten wird, den Cytorrhyctes Luis, die andern seit 1905 entdeckten Mikroben, die mit der Syphilis in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht wurden.

Das Heft 3 bringt auſser der Fortsetzung der eben genannten Arbeit einen Aufsatz von Batut, in dem die Erkrankungen der Sinnesorgane an Syphilis und Blennorrhoe zur Darstellung gebracht werden; es werden aus der Literatur einschlägige Fälle

mitgeteilt; Neues bringt die Arbeit nicht. — Ein kurzer Artikel von **Menahem Hodara** endlich: Ein Fall von Tuberkulosis verrucosa cutanea des Unterschenkels — ist in den *Monatsheften* bereits in deutscher Übersetzung erschienen.

Türkheim-Hamburg.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVII. Mai 1909.

I. **Über „Creeping disease“ im Alexandriskschen Kreise des Chersonschen Gouvernements und über ihre Ätiologie,** von P. E. Wosstrikow und S. L. Bogrow. (Cf. diese *Monatshefte*, Bd. 46, S. 250, wie auch Bd. 46, S. 589.)

II. **Ein Fall von Darierscher Krankheit,** von Meschtscherski. Dieser Fall wurde am 16. (29.) September 1907 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellt und ist bereits von mir besprochen worden (cf. diese *Monatshefte*, Bd. 45, S. 459). Zu meinem damaligen Referat sei nur über das mikroskopische Bild hinzugefügt, daſs sich die pathologischen Veränderungen fast ausschlieſslich auf den oberen Teil des Follikels beschränkten, wobei die follikulären Mündungen konusartig verbreitert und mit mächtigen, die Umgebung überragenden Pfröpfen ausgefüllt sind, die aus verhornten Zellen bestehen. Zwischen diesen verhornten Zellen finden sich in groſser Menge eigentümliche, runde oder ovale Hornzellen eingeschlossen, die einen undeutlich gefärbten, innerhalb der homogenen Masse liegenden Kern aufweisen.

III. **Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation,** von S. Bogrow-Moskau. Die vom Verfasser vorgenommenen histologischen Untersuchungen der Haare nach Röntgenisation bestätigten im groſsen und ganzen die Beobachtungen von Williams. Nach Anwendung der X-Strahlen in mittlerer Dosis beobachtete Bogrow das Fehlen der Haarzwiebel, an deren Stelle sich ein niedriger, dunkel pigmentierter, spitzer oder runder Konus findet. Nach Anwendung der X-Strahlen in unter mittlerer Dosis sind zweierlei Arten von Veränderungen zu konstatieren, einmal Veränderungen, die zur schlieſslichen Epilation führen, das andere Mal solche, die nicht bis zu einer solchen führen. In dem ersteren Fall sieht man eine Verdünnung des Haarendes mit Schwund des Pigments, so daſs das Haar einen embryonalen Charakter annimmt, in letzterem Fall können wiederum dreierlei Arten von Veränderungen unterschieden werden: 1. Haare mit deutlich atrophischer Haarzwiebel, 2. abgebrochene Haare und 3. sich regenerierende Haare. Verfasser stimmt denjenigen Autoren bei, welche den Haarausfall nach Röntgenisation mit einer künstlichen Alopecia areata vergleichen.

Die von Bogrow nebenbei vorgenommenen Untersuchungen über eine eventuell bakterizide Wirkung der X-Strahlen auf das Achorion Schönleinii bestätigten mikroskopisch das uns schon klinisch bekannte Faktum, daſs von einem Untergang dieses Pilzes durch die X-Strahlen keine Rede sein könne.

IV. **Zur Frage der Möglichkeit des Ersatzes des syphilitischen Extraktes durch künstliche Mischungen bei der serodiagnostischen Wassermannschen Reaktion,** von Borodenko-Charkow. Die mühevollen und genauer wiedergegebenen Versuche mit den als Antigen anzuwendenden Gemischen von Sachs und Rodoni (Oleinsaures Natrium-Lecithin-Oleinsäure-Aq. destillata und Alkohol) ergaben, daſs sich dieselben unpraktisch erweisen, da sie die Fähigkeit, mit syphilitischem Blutserum in Reaktion zu treten, in geringerem Grade besitzen, als Extrakte aus syphilitischen Organen.

V. **Zur Frage der Tripperkomplikationen — Entzündung der Cowperschen Drüsen,** von Mangubi-Charkow. Verfasser fügt zu den bisherigen, seltenen Fällen

von Entzündung der Cowperschen Drüsen im Anschlufs an Tripper eine derartige Beobachtung aus der Selenewschen Klinik. Bei einem 22jährigen Manne, der zwei Jahre vorher sich mit einem schweren Tripper infiziert hatte, der mit Prostatitis, Cystitis und Epididymitis sinistra, später auch dextra kompliziert gewesen war, kam es zu einer Cowperitis. Anfangs entwickelte sich auf der rechten Seite des Dammes, hinter dem Skrotum, unter hohem Fieber und Schüttelfrösten eine in Eiterung übergehende, länglich ovale Schwellung und später ebenso auch linkerseits.

Arthur Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Zur Behandlung schwerer Harnröhrenstrikturen, von J. Cohn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Von Thiosinamininjektionen sah Autor nie einen wahrnehmbaren Vorteil, auch nie eine angebliche die allmähliche Dilatation erleichternde und beschleunigende Wirkung, wie sie von anderen Autoren behauptet wird. Sogenanntes Katheterfieber, starke Schmerzen und Blutungen können Hindernisse einer längeren Bougierbehandlung sein. In solchen Fällen und da, wo es auf schnelle Dilatation ankommt, wendet Cohn (und Posner) nicht die Urethrotomia interna an, sondern bevorzugt das von Le Fort angegebene Verfahren. Ist die Striktur für filiforme Bougies nicht passierbar oder sind allzu dicke kallöse Narben vorhanden, so ist die Urethrotomia externa am Platze. — Adrenalin ist ein gutes Unterstützungsmittel in den Fällen von Harnröhrenstrikturen, die mit Kongestionszuständen verbunden sind.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Kasuistik der Harnröhrendivertikel, von Ernst Eitner-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 6.) Bei einem 23jährigen Fleischer tritt bei einer Janetschen Spülung, die wegen Blennorrhoe vorgenommen wurde, am Perineum, knapp hinter dem Skrotum eine rundliche Geschwulst von etwa 4 cm Länge und 2½ cm Breite auf, die halbkuglig sich symmetrisch um die Raphe ausbreitet. Die pralle Füllung dieses der Pars bulbosa der Harnröhre anhängenden blindsackartigen Gebildes trat nur bei Anwendung eines gewissen Druckes auf, auch beim Urinieren, wenn starker Druck unter Mithilfe der Bauchpresse zur Anwendung kam, und entleerte sich vollständig nur, wenn durch Druck von aufsen nachgeholfen wurde. Daraus liefs sich schliefsen, dafs die Kommunikationsöffnung in der Harnröhre verhältnismäfsig eng war; mit dem Endoskop konnte sie darum auch nicht nachgewiesen werden. Da weder eine Striktur vorhanden, noch in der Anamnese eine frühere Erkrankung als Ursache zum Entstehen dieses Gebildes sich eruieren läfst, ist E. geneigt, den Blindsack als echtes angeborenes Harnröhrendivertikel zu betrachten.

W. Lehmann-Stettin.

Eine Modifikation der Urethrotomia externa bei der Behandlung der Zerreifsungen und Strikturen der männlichen Harnröhre, von Eugen Bircher-Aarau. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 83, Nr. 4.) Nach Desinfektion der Dammgegend und Inzision in die Raphe perinei werden die Enden der Harnröhre aufgesucht, die Wundränder geglättet und ein gekrümmtes Katheterstück eingelegt. Dazu verwendet der

Verfasser einen neusilbernen, leicht gebogenen Ausschnitt aus einem starren DESAULT-Katheter. Dieses Katheterstück wird mit der Konkavität nach oben in das zentrale Harnröhrenstumpfende eingeführt; es legt sich dann schön um die Symphyse herum. Ein starker, an dem vorderen Ende befindlicher Seidenfaden wird an den zum peripheren Stumpfende heraussehenden Katheter festgeknotet und durch die Pars pendula zum Orificium externum herausgeleitet. Hier wird der Faden an einem Querhölzchen festgebunden. Das aus dem zentralen Ende heraussehende Katheterstück wird mit seinem vorderen Teile leicht in den peripheren Urethralstumpf eingeführt. Oben, aufsen links und rechts wird die Harnröhrennaht ausgeführt und die Dammwunde durch einige Knopfnähte fixiert.

Bei einer Anzahl schwerer Harnröhrenzerreifsungen gab diese Methode gute Erfolge, ohne jemals eine Cystitis oder Urethritis zur Folge zu haben.

Schourp-Danzig.

Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra, von H. GOLDSCHMIDT-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Mit Hilfe der vom Autor konstruierten Apparate ist es möglich, eine Nadel oder schmales Messer in den prominierenden Prostatalappen zu bringen und elektrolytisch oder kaustisch auf das Gewebe einzuwirken. Empfohlen wird dieses für frühe Fälle, während für spätere die Prostatektomie nach wie vor indiziert ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Phosphatstein der hinteren Harnröhre, von E. F. KILBANE-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 8.) Der 0,5 cm breite und 3 cm lange Stein safs am Boden der hinteren Harnröhre; nach vergeblichem Versuche ihn unter Leitung des Endoskops mit schmaler Zange zu entfernen, wurde er durch den Harnstrahl bis auf einen Zoll an das Orificium herangebracht, von wo er leicht durch eine Zange herausgeholt werden konnte. *Schourp-Danzig.*

Eine Tuchnadel in der Harnröhre eines Mannes, von B. CLARK HYDE-Kansas City. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 11.) Einem 13jährigen Knaben glitt, als er angeblich sein Praeputium von Smegma reinigen wollte, die dazu benutzte Tuchnadel in die Urethra, wo sie am Ende des Penis pendul. zu fühlen war. Entfernung nach Inzision der Urethra. *Schourp-Danzig.*

Die latenten Blasentumoren, von F. LEGUEU. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 7.) Bei einem 40jährigen Manne, der niemals an Hämaturie oder Harnbeschwerden irgendwelcher Art gelitten hatte, aber seit einiger Zeit eiweifs- und eiterhaltigen Harn entleerte, kamen mit dem Urin wiederholt kleine, weifsliche Klumpen zutage, die sich als Partikelchen eines papillären, im Beginne carcinomatöser Umwandlung stehenden Epithelioms erwiesen. Die cystoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines gefransten Papilloms in der rechten Hälfte der Blase; der Tumor wurde nach Eröffnung der Blase exstirpiert.

Blasentumoren, die gleich dem hier beschriebenen ohne funktionelle Störungen und besonders ganz ohne Hämaturie verlaufen, sind sehr selten. L. hat bisher nur einen ähnlichen Fall beobachtet. Es war ein 37jähriger Mann mit nicht sehr starker Cystitis, deren Ursache nicht festgestellt werden konnte; der Harn war stets frei von Blut. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich in der Blase eine gestielte Geschwulst, die entfernt und bei der histologischen Untersuchung als papilläres Epitheliom erkannt wurde. Der Mann ging zwei Jahre später an einem Rezidiv zugrunde.

Aus den beiden Beobachtungen L.s ergibt sich, dafs in allen Fällen von Cystitis, die nicht ganz klar liegen, möglichst bald cystoskopisch untersucht werden soll.

Götz-München.

Blasencarcinom. Partielle Cystektomie. Heilung, von Duhot. (*Ann. de la Policlinique.* 1909. Nr. 1.) Bei einem 45jährigen Manne, der seit zwei Jahren an Hämaturie laborierte, wurde vom Verfasser cystoskopisch ein gestielter Blasentumor festgestellt. Die histologische Untersuchung des nach partieller Cystektomie entfernten Tumors ergab, dafs es sich um ein Carcinom handelte. Der postoperative Verlauf wurde durch eine heftige Hämorrhagie am siebenten Tage nach dem Eingriff kompliziert. — Verfasser betont die Notwendigkeit der häufigen cystoskopischen Kontrolle der geheilten, um beim Eintritt der Rezidive dieselben sofort endovesikal zu kauthe-risieren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Erkrankungen der Harnblasenmuskulatur, von P. Asch-Strafsburg i. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 7.) Als bisher noch wenig beachtete Anomalien der Blasenauskleidung bespricht Verfasser hier folgende drei Gruppen: 1. eine ohne erkennbare Ursache sich entwickelnde Trabekelbildung der Muskeln der Schleimhaut, welche letztere an diesen vorspringenden Zügen atrophisch und wie gespannt aussieht. Vielleicht spielt hier eine Erkrankung der Blasennerven oder des ganglionären Blasenzentrums eine Rolle, und es wäre diese Form als myogene oder neurogene Trabekelblase zu bezeichnen. Ferner ist 2. die zikatrizielle Trabekelblase, an der neben der starken Entwicklung des Balkennetzes die blendendweifse Beschaffenheit der Schleimhaut auffällt, zu erwähnen. Eine dritte Gruppe von Fällen (vier Frauen, zwei Männer) hat Verfasser beobachtet, bei welcher Störung der Urinentleerung entsteht dadarch, dafs die Blasenwand sich nicht konzentrisch, sondern etagenförmig, mit vorspringenden Wülsten, die eine Tumorbildung vortäuschen können, zusammenzieht. Für diese letzteren Fälle erwies sich die Injektion von heifser Borlösung unter starkem Druck als sehr nützlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Diagnose und Therapie des Blasenkatarrhs bei der Frau, von F. Fromme-Halle. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbldng.* 1908. Nr. 23.) Verfasser bestätigt nach eigenen Untersuchungen, dafs bei akuten Blasenkatarrhen vor allem dic Streptokokken und Staphylokokken die Hauptrolle spielen und dafs erst sekundär eine allmähliche Einwanderung des Bacterium coli zustande kommt. Was den Weg anbelangt, auf dem die Keime in die Blase gelangen, ist nach Verfasser die aszendierende Form die bedeutend viel häufigere. Die spontan auftretenden Cystitiden befallen meistens ältere Frauen, bei denen unvollkommene Entleerung der Blase die Regel bildet. Die lokale Behandlung ist in der Therapie — neben allgemein diätetischen Mafsnahmen — die Hauptsache. Verfasser verwendet zu derselben Instillationen von Jodoform in öliger Flüssigkeit (mit Oleum olivarum oder mit Glycerin 15—20 auf 100). Nach vier täglich vorgenommenen Instillationen werden die Reizerscheinungen in der Regel zum Schwinden gebracht; dann geht Verfasser zum Argentum nitricum über; auch hier genügen gewöhnlich vier bis fünf Instillationen, um Heilung herbeizuführen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über ein gutes Adjuvans bei der Behandlung der Cystitis, von R. Ullmann-Preblau. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 15.) Empfehlung von Arhovin.

Schourp-Danzig.

Zur transperitonealen Eröffnung der Blase, von Ruediger-Rydygier. (*Zentralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 11.) Verfasser weist aufs Neue auf seine auch von englischen Chirurgen vertretene Weisung hin, bei bösartigen Tumoren die Exstirpation derselben durch die ganze Dicke der Blasenwand mit samt dem Peritoneum intraperitoneal auszuführen. Bei intraperitonealer Blasenruptur soll sofort die Laparotomie gemacht und die Blasennaht angelegt werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Blasennaht mit tiefen Knopf- und oberflächlichen Schnürnähten, von v. Hacker-Graz. (*Zentralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 10.) Ohne die Mucosa mitzufassen, wird

durch eine tiefe Knopfnaht mit CLAUDIUSschem Jodcatgut die ganze Muskulatur exakt vereinigt. Sodann wird der fibröse Überzug der Blase mit mehreren aneinander gereihten Tabakbeutelnähten mit Seide ausgeführt, so daſs jede dieser Schnürnähte zwei bis drei Catgutnahtknoten umkreist. *Gunsett-Straſsburg.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Neue Tatsachen über die Ätiologie der sexuellen Neurasthenie bei Männern, von MICHAILOW. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 11.) Entgegen OBERLAENDER, KOLLMANN und GUYON hat M. gefunden, daſs bei der sexuellen Neurasthenie die hintere Partie der Harnröhre öfter betroffen ist als die vordere und daſs die Blutung bei der Urethroskopie der hinteren Partie nicht auf die Untersuchung mit dem Urethroskop zurückzuführen ist, sondern auf eine pathologische Stauungshyperämie, die gerade auf instrumentellem Wege gehoben werden muſs und kann. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein seltener Fall von perverser Sexualbetätigung, von OSCAR ARONSOHN-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Ein 29jähriger, seit 3½ Jahren verheirateter Neurastheniker, der niemals imstande war, den Coitus auszuüben, aber auch keine sexuelle Neigung zu Männern verspürt, wird seit seinem 13. Lebensjahre geschlechtlich aufs heftigste durch groſse, weiſse, steif gestärkte Schürzen erregt, gleichviel ob sie von Weibern oder von ihm selbst getragen werden. Geschlechtliche Befriedigung ist nur in Form der Masturbation möglich, dabei fühlt er sich immer als Weib. Schon in seiner Jugend zog er sich steife weiſse Schürzen an, bildete sich ein, ein Mädchen zu sein und masturbierte. Später stellte er sich dabei gleichzeitig vor, daſs das Mädchen, das er in der Vorstellung war, Martern grausamster Art erdulden muſste, und seit einigen Jahren bereitet er sich mit einer Schürze angetan, im Gedanken, ein Mädchen zu sein, selbst alle möglichen Foltern und hat dabei unbeschreiblich wollüstige Gefühle.

Die sexuelle Perversität des Mannes ist also sehr komplizierter Art. Seine Geschlechtsbetätigung stellt eine fortgesetzte Masturbation dar, die aber nur durch fetistische, homosexuelle und sadistische Vorstellungen ermöglicht wird. Geschlechtliche Betätigung in anderer Form ist unmöglich. Der Versuch, die Perversität auf hypnotisch-suggestivem Wege zu beseitigen, miſslang. *Götz-München.*

Zur Sterilität nach bilateraler Epididymitis, von A. EMÖDI-Budapest. (*Urologia.* Nr. 4. Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Es wurden 13 Kranke untersucht, die an alter bilateraler Epididymitis gelitten haben. Die alten Krankheitsfälle stammen von vor 19 Jahren bis vier Monaten her. Eine Induration der Epididymis war noch vorhanden. Bei der Untersuchung des Ejakulats (post coitum condomatum) war in neun Fällen eine Azoospermie zu finden. In zwei Fällen waren die Hoden verkleinert. Um den Fall von zyklischer Azoospermie zu unterscheiden, wiederholte der Autor in einigen Wochen die Untersuchung in jedem Falle. Von 27 frischen Fällen, die er mit BIERscher Stauungsbinde behandelte, bestand anfangs bei 13 Fällen Azoospermie, von denen blieb bei der zweiten Untersuchung endgültig Azoospermie nur bei neun Fällen bestehen. In vier Fällen blieb nur Oligospermie zurück. Die Behandlung dauerte von drei Wochen bis zu fünf Monaten zweimal täglich ¼—½ Stunde. Der eingeschulte Patient legte sich die Stauungsbinde selbst an. Die anderen 14 Fälle besserten sich während der Behandlung nicht nur in Anbetracht der Infiltrationen, sondern der im Anfange dagewesene Zustand von Oligospermie und Asthenospermie wurde auch normal. Wenn die Induration schon fibrinös ist, oder eine Verwachsung des Lumens schon vorhanden ist, ist wenig von der Stauungsbinde zu erwarten. Der Autor meint, die ohne Stauungsbinde behandelten

Epididymitisfälle zeigen Azoospermie in 70% (von 13 = 9 mal). Von den auf diese Weise behandelten Patienten blieben immer $33^1/_3$% (von 27 = 9 mal) steril.

Porosz-Budapest.

Epididymitis sympathica (Porosz) und nicht Epididymitis erotica (Waelsch), von Moriz Porosz-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 6.) Porosz hält diese Art der Epididymitis für bedingt durch eine Zirkulationsstörung (sympathisches Nervensystem). Sie kann auch im Anschluß an nicht erotische Erregungen, z. B. Schreck u. dergl., auftreten. Autor glaubt an eine reflektorische Ursache. Durch Kontraktion des Schließmuskels des Ductus ejaculatorii, welchen er Sphincter spermaticus nennt, wird nach Ansicht des Autors der Samenblaseninhalt zurückgedrängt und hierdurch der epididymitisartige Symptomenkomplex hervorgerufen.

Arthur Schucht-Danzig.

Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, von J. Farkas-Budapest. (*Urologiai Szemle.* Nr. 3. Beiblatt des *Orvosi Hetilap.* 1908.) Der Autor ist ein Freund der konservativen Behandlung, wo sie am Platze ist. Bei kleinen Abscessen der Nebenhoden macht er eine Punktion und nachher eine Injektion von 10%iger Jodoformglycerinlösung. Dieses Verfahren setzt er fort jeden zehnten Tag, fünf- bis sechsmal. Von sechs Fällen erreichte er fünfmal eine Heilung. Gelingt die Heilung nicht, so schreitet er zur Resektion des Nebenhodens. Bei Fistelgängen benutzt er einen Lapisstift, welchen er in die Länge der Fistel einführt und eine Zeitlang darin liegen läßt. Bei fungösen Fällen hält er diese Methode für die entsprechendste. Wenn aber auch die Hoden selbst fungöse Entartung zeigen, so macht er eine totale Exstirpation (Kastration). Der Autor meint, daß dieses nicht mehr neue Verfahren Alberts in neuerer Zeit vernachlässigt worden sei. In acht Fällen erreichte er in 8—14 Tagen vollkommene Heilung. In einem Falle, wo eine Kaverne des Hodens bestand, wurde durch einen Schnitt die Höhle ausgekratzt; es bildete sich dann eine Fistel, welche mit Jodoform-Glycerin zur Heilung gebracht wurde.

Porosz-Budapest.

Sarcoma giganteum des linken Hodens bei einem sechsjährigen Knaben, von Pablo Lozano. (*Rev. ibero-americana d. cienc. med.* Febr. 1909.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straßburg.*

d. *Prostata.*

Zur Anatomie und Pathologie der Prostata, von H. Felkki-Budapest. (*Urologia* Nr. 4. Beibl. von *Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Der Autor will mit zwölf Abbildungen von Schnitten die allbekannte Tatsache beweisen, daß der präurethrale Teil der Prostata mit Drüsenelementen versehen ist. Die Drüsen können auch erkranken. So kann hier die Hypertrophie wie eine Entzündung Platz finden. Die erstere macht nur ausnahmsweise Störungen, doch die Entzündung kann vom prognostischen Standpunkte Überraschungen bergen, denn sie ist der Therapie schwer zugänglich, kaum durchführbar. *Porosz-Budapest.*

Ein weiterer Beitrag zum Studium der Prostata mit Beziehung auf die Heilbarkeit der Blennorrhoea, von A. L. Wolbast-New York. (*New York med. Journ.* 20. März 1909.) In Fortsetzung früherer Arbeiten über die Wichtigkeit der Prostataabsonderung bei der Beurteilung der Blennorrhoeheilung hebt W. die Notwendigkeit oft wiederholter mikroskopischer Untersuchungen des exprimierten Prostatasekrets hervor und führt zwei besonders eklatante Fälle an, wo 18 resp. 7 Jahre nach durchgemachter Blennorrhoe und viele Jahre von Symptomlosigkeit in dem einen Falle chronische Prostatitis auftrat, in dem anderen Gonokokken nach verschiedenen fruchtlosen Untersuchungen gefunden wurden. W. möchte daher auf Grund seiner Erfahrungen folgende Sätze aufstellen: 1. Klarer Urin und Fehlen von Symptomen

sprechen nicht absolut dafür, dafs keine Gonokokken im Sexualapparat vorhanden sind. 2. Die Gonokokken können viele Jahre lang latent und unwirksam bleiben. 3. Zweifelhafte Fälle, welche einfacher Cystitis ähnlich sind, sollten sorgfältig auf die Möglichkeit blennorrhoischer Prostatitis untersucht werden. 4. Das ausmassierte Sekret der Prostata kann die Anwesenheit von Gonokokken offenbaren oder auch nicht; in letzterem Falle vermag eine tiefe Instillation von Argentum nitricum die Diagnose aufzuklären. 5. Wenn nach einer Anzahl solcher Instillationen der Befund von Gonokokken ohne Ausnahme ein negativer bleibt, so kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Heilung angenommen werden. Reinkulturen können jeden Zweifel beheben. *Stern-München.*

Die Symptomatologie der Prostatitis, von William Cullen Bryant-Atlanta. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 10.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Zur operativen Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis, von P. v. Wichert. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) „Für die chronische Prostatitis, die zur Bildung grofser, schlaffer Abscesse resp. zur Durchsetzung mit vielen kleinen Eiterherden führt und den übrigen Behandlungsmitteln trotzt, ist die perineale Prostatomie zu empfehlen. Das Verfahren ist technisch nicht schwierig und ermöglicht Wiederherstellung der Patienten in relativ kurzer Zeit."

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Kenntnis des Prostatasarkoms, von Wolfgang Veil-Strafsburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 18 u. 19.) Ausführliche Bearbeitung eines Falles von primärem Spindelzellensarkom der Prostata. Ob dasselbe von spezifischen Elementen der Prostata seinen Ausgang nahm, war nicht festzustellen. Ein zweiter Fall wird als Nachtrag mitgeteilt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Bemerkungen über die transvesikale Prostatektomie, von Dubot. (*Ann. de la Policlinique.* 1908. Nr. 10.) Ausführliche Besprechung der Indikationen und der Technik der von Freyer angegebenen Operation.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Erfahrungen über Prostatektomie, von Alfred Cahn - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Kurzer Bericht über 40 von Israel - Berlin ausgeführte suprapubische Prostatektomien. Sechs Patienten sind im Anschlufs an die Operation gestorben, 32 wurden geheilt mit vollständiger Funktionsfähigkeit der Blase entlassen, zwei blieben inkontinent. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich in allen 40 Fällen um eine von den Drüsenepithelien ausgehende Neubildung handelte, die den Bau des papillären Adenoms zeigte; in einem Fall war Übergang in Carcinom festzustellen. Die Prostatahypertrophie ist diesen Befunden zufolge als wahre epitheliale Neubildung aufzufassen, die mit entzündlichen Veränderungen nichts zu tun hat. Indiziert ist die Prostatektomie 1. bei Störungen der Harnentleerung, wenn der Katheterismus nicht zum Ziele führt oder auf die Dauer unmöglich ist, und 2. bei schweren Hämaturien. *Götz-München.*

Technik der suprapubischen Prostatektomie, von G. Kolischer - Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 15.) *Schourp-Danzig.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Der Urin bei Kinderkrankheiten, von John Lovett Morse-Boston und Browson Crothers-Boston. (*New York med. journ.* 13. März 1909.) In 667 Fällen von Krankheiten bei Kindern unter zwei Jahren wurde von Verfassern der Urin systematisch untersucht und es ergaben sich folgende hauptsächlichen Schlüsse. Aufser bei Magen-Darmerkrankungen werden Albuminurie und Cylinder bei Pneumonie und Meningitis häufiger als bei anderen akuten Kinderkrankheiten gefunden. Die Feststellungen von Cassel und

SIMMONDS bezüglich der Wichtigkeit der Otitis media für die Ätiologie der Nephritis im Kindesalter wurden ebensowenig bestätigt gefunden, wie jene vieler italienischen und französischen Autoren bezüglich der Häufigkeit von Nierenkomplikationen beim Ekzema. Es zeigte sich auch, dafs bei Ernährungsstörungen die Beteiligung der Nieren nicht als Regel anzusehen ist und dafs Nierenerkrankungen, die sekundär nach anderen Affektionen auftreten, gewöhnlich kein Ödem hervorrufen und umgekehrt Ödem im Kindesalter auf irgendeine andere Ursache als Nierenkrankheit zurückzuführen ist. Das Studium obiger Fälle scheint den Schlufs zu rechtfertigen, dafs die Anwesenheit von Eiweifs und Cylindern im Urin bei akuten Erkrankungen des Kindesalters der Ausdruck eines ungewöhnlichen Grades von Toxämie und einigermafsen von schlechter prognostischer Bedeutung ist, wenn auch viele Kinder, welche Albuminurie und Cylinder zeigten, sich erholten und andere, bei welchen der Urin normal war, starben. Pathologisch-anatomische Untersuchungen wurden zu wenige ausgeführt, um die Nierenaffektionen klassifizieren zu können; es schien jedoch nach den Harnveränderungen, dafs der pathologische Zustand in der grofsen Mehrzahl der Fälle nicht über eine akute degenerative Nephritis hinausging und ausgesprochene, bleibende parenchymatöse oder interstitielle Nephritis sehr ungewöhnlich war. Das Studium dieser Fälle lehrte, dafs febrile Albuminurie und akute, degenerative Nephritis unter denselben Bedingungen und bei kleinen Kindern mindestens ebenso häufig vorkommen wie bei gröfseren und Erwachsenen. *Stern-München.*

Der Harn vom Standpunkt der Klinik, von SEMAL. (*Ann. de la Policlinique* 1908. Nr. 1—3.) Nichts Neues. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Soll man Tee, Kaffee und Schokolade bei Leuten, deren Harn spontan Harnsäure ausscheidet, verbieten? von ALFRED MARTINET. (*Presse méd.* 1909. Nr. 15.) Die Harnsäure und die Xanthin-Derivate (Purinbasen) (Xanthin, Hypoxanthin), welche dieselbe gewöhnlich begleiten, entstehen teils durch Zersetzung der Zellkerne der Körper oder der Nukleïne oder Purine der Speisen. Die Spontanausscheidung dieser Körper findet sich besonders bei Leuten, welche Gicht und Rheumatismus (Arthritiker) ausgesetzt sind und die stark purinhaltige Speisen in gröfserer Menge zu sich nehmen (Fleisch, Fisch, Schokolade, Tee usw.). Man soll deshalb in erster Linie Speisen, die Nukleïne und Purine enthalten vermeiden: Theïn, Adenin, Theobromin und Koffeïn die Akaloïde dieser Genufsmittel) sind Methyl-Xanthine, deren Konstitution der Harnsäure und den sie begleitenden Xanthin-Derivaten oder Purinen sehr verwandt ist. Nach FAUVEL erscheinen bei Kaffee und Schokolade $^1/_7$ des Theobromins und $^1/_8$ des Koffeïns als Purine im Urin wieder. Doch vermehren sie andererseits die Löslichkeit der Harnsäure selbst und sind infolgedessen weniger schädlich als Fleisch. Deshalb kann bei vegetarischer also purinarmer Diät Tee, Kaffee und Schokolade gestattet werden, nicht aber bei reichlichem Fleischgenufs. *Gunsett-Strafsburg.*

Anurie bei DOUGLAS-Abszefs, A. v. KHAUTZ jun. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Bei einem 16jährigen Patienten mit Appendicitis bestand Anurie; trotz leichtem Eindringen des Katheters wurde die Blase leer gefunden. Das Hindernis, welches an der Uretermündung oder nach aufwärts von ihr die zuführenden Wege zur Blase verschlofs, war ein prall gefüllter DOUGLAS-Abszefs, der mechanisch dieselbe Wirkung entfaltete, wie eine im Becken eingekeilte Ovarialcyste oder ein Uterustumor. *Schourp-Danzig.*

Über den Wert zweier neuer Eiweifsproben, von WOLPE-Smolensk. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.) Die BARDACHsche Probe auf Eiweifs mittelst Acetonlösung, Jodjodkali und Ammoniak hat nach W.s Untersuchungen keinen praktischen Vorteil im Vergleiche mit den bisher bewährten üblichen Eiweifsproben. Sie gestattet nicht die Feststellung der Art des Eiweifs.

Das Albuminometer von TSUCHIYA (volumetrische Eiweifsbestimmung mittelst alkoholischer Phosporwolframsäurelösung) zeigt genauere Graduierung und gibt genauere Resulate als ESSBACH. Dieselben stimmen mit den Zahlen der Wägungsmethode fast überein. In der Regel erfordert das Verfahren 10—12 Stunden.

Arthur Schucht-Danzig.

Über alimentäre Albuminurie, von ALFRED C. CROFTAN-Chicago. (*New York. med. journ.* 6. März 1909.) Diese Form von Albuminurie scheint einerseits dann vorzukommen, wenn Eiweifsnahrung abnorm lange Zeit in Berührung mit der sonst gesunden Magen - Darmschleimhaut zu bleiben scheint, andererseits, wenn sie in so kurzer Zeit die ganze Länge des Dünndarms passiert, dafs eine richtige Verwertung (Disassimilation) nicht stattfinden kann und das Eiweifs der Nahrung unverändert in den Dickdarm gelangt, alimentäre Albuminurie kann auch häufiger, als gewöhnlich angenommen wird, vorkommen, wenn grofse Mengen Eiweifs direkt in das Rectum injiziert werden. Die Krankheitszustände, bei welchen nun die erstgenannten Arten mangelhafter Eiweifsresorption vorkommen, sind 1. vorgeschrittener Grad motorischer Insuffizienz des Magens, verbunden mit Hypochlorhydrie und Hypochylie, auch Achylie, 2. Diarrhoe aller Art und besonders die auf mangelhafte Pankreasfunktion beruhende, 3. bei mangelhafter Leberfunktion verschiedentlichen Ursprungs und 4. nach Genufs abnorm grofser Mengen Eiweifs. Die Behandlung all dieser Formen von alimentärer Albuminurie ist naturgemäfs eine kausale. Das Vorkommen kleiner Mengen Eiweifs im Urin ist an sich keine gefährliche Erscheinung, zu lange währende kann aber Nephritis mit Abscheidung von Serumalbumin bewirken; an diese drohende Folge ist also immer bei der alimentären Albuminurie und den dieselbe bedingenden Krankheitszuständen zu denken. Die Feststellung des Eiweifses als Nahrungseiweifs mufs in jedem Falle leichter Albuminurie durch die Präzipitinreaktion geschehen. Bezüglich der Lebensversicherungsuntersuchung ist es von ganz besonderer Wichtigkeit, festzustellen, dafs es eine solche Form von Albuminurie mit günstiger Prognose gibt, die nicht primär auf Nierenschwäche oder -Erkrankung (Nephritis) oder -Zirkulationsstörungen (als Teilerscheinung BRIGHTscher Krankheit oder Arteriosklerose) beruht, sondern ein enterogener Typus ist und primär und ausschliefslich eine Magen-, Darm- oder Leberstörung darstellt. *Stern-München.*

Beiträge zur Kenntnis der BENCE - JONESschen Albuminurie, von ALFRED v. DECASTELLO - Insbruck. (*Zeitschr f. klin. Med.* Bd. 67, Nr. 4.) Die Kasuistik der BENCE - JONESschen Albuminurie hat in den letzten Jahren eine rasch steigende Bereicherung gefunden. Während von 1848 — 1900 nur 15 Fälle zur Veröffentlichung gelangten, konnte v. D. gegenwärtig bereits 52 aus der Literatur zusammenstellen. Bei diesen haben sich stets Erkrankungen des Knochenmarks post mortem oder bereits intra vitam manifestiert, so dafs der BENCE - JONESschen Albuminurie ein bedeutender diagnostischer Wert als Symptom einer Affektion des Knochenmarks zukommt. In den meisten Fällen handelt es sich um Tumorbildung im Knochenmark. ASKANÀZY machte dann 1900 Mitteilung vom Vorkommen der BENCE - JONESschen Albuminurie bei einem Falle von lymphatischer Leukämie.

v. D. hat bei neun Patienten mit chronischer und einem mit akuter lymphatischer Leukämie Harnuntersuchungen angestellt und dabei zweimal das Vorhandensein des BENCE-JONESschen Eiweifs nachgewiesen.

Über diese Fälle wurde bereits berichtet in *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* 1907. Bd. 11, Fall 12 und 14.

Aus seinen Untersuchungen folgert v. D., dafs das Auftreten der BENCE - JONESschen Albuminurie bei den Myelomatosen durch die hier relativ häufigen toxischen Nierenschädigungen zu erklären ist, während bei anderen diffusen oder multiplen

Knochenmarkserkrankungen, welche die Niere intakt lassen, wie Carcinome, Leukämie, erst eine zufällige Komplikation mit einer Nierenerkrankung zur BENCE-JONESschen Albuminurie führt. *Schourp-Danzig.*

Erklärung der sogenannten physiologischen Albuminurie, von L. TÖRÖK-Budapest. (*Urologia.* Nr. 4. Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Zur Erklärung der physiologischen Albuminurie bot das Auftreten einer Urticaria bei einem jungen Mädchen nach heftigeren Körperbewegungen günstige Gelegenheit. Nach Tanzen und nach Tennisspiel bekam das Mädchen rötliche ödematöse Flecken, auf dem Körper zerstreut, welche nach einer Weile der Ruhe spontan verschwanden. Indem der Autor mit Rücksicht auf den intestinalen Zusammenhang der Urticaria — welcher zwar noch nicht geklärt ist — eine Möglichkeit intestinalen Zusammenhanges auch in diesem Falle mutmafste, verordnete er der Patientin ein Hefepräparat. Während der Verabreichung des Präparates trat die Urticaria bei diesen anstrengenden Körperbewegungen nicht mehr auf. TÖRÖK, VAS HÁRI und PHILIPPSON haben bewiesen, dafs die Urticaria eine lokale seröse Entzündung der Hautpapillen sei. Das Serum tritt durch einen äufseren oder inneren Reiz auf die Gefäfswand der Arterien aus den Arterien in das Gewebe hinein. Daraus folgerte TÖRÖK, dafs durch heftigere Muskeltätigkeit auch ein Agens in das Blut gerät, welches durch die — aus dem Intestinum herstammenden Stoffe (Toxine?) — geschwächte Arterienwand durchfiltrieren kann. Hiermit ist die Erklärung dieses sonderbaren Falles gegeben. Das Hefepräparat übt einen Einflufs auf die Wirkung der intestinalen Bakterien aus, die Toxine bleiben aus dem Blutkreislaufe weg und der Urticaria ist der Boden zur Entwicklung entzogen worden. Die Analogie mit der physiologischen Albuminurie ist vorhanden. Nach heftigerer Muskeltätigkeit verschwindet in der Ruhe auch die Albuminurie. Die Niere wird während der Zeit der Albuminurie auch nicht in normalem Zustande sein. Es wird in der Niere eine vorübergehende Entzündung vorhanden sein, ebenso wie bei der Urticaria in der Haut. Diese Entzündung macht es möglich, dafs das Albumen durch die Arterienwandung und das Nierenepithel durchtreten kann; sie ist so geringfügig, dafs sie bald vorübergeht und abheilt; alsdann hört auch die Albuminurie auf. Die Erklärung ist um so eher stichhaltig, als bei eben denselben Einwirkungen, nach welchen das Auftreten der Albuminurie bekannt ist, der Autor Urticaria ebenfalls auftreten sah. So nach starken Muskelbewegungen, durch Kälte, durch kaltes Baden, auch nach dem Genufs von Eiern. Nach letzterem ist bei Albuminurie das Albumen auch nur als Serumalbumen im Harn nachweisbar. Die Intensität der Nierenentzündung, das rasche Abklingen derselben, die spontane Heilung und die Pathogenese derselben sind mit der der Urticaria identisch. *Porosz-Budapest.*

Physiologische und orthostatische Albuminurie, von B. VAS-Budapest. (*Urologia.* Nr. 4. Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Die modernen Forschungen haben erwiesen, dafs in jedem Urin Albumen vorhanden ist, doch nur in solch minimalen Mengen, dafs die Reaktion mit unseren gewöhnlichen und gebräuchlichsten Reagentien ausbleibt. Unter gewissen Verhältnissen tritt die Albuminurie in einer eine sichtbare Reaktion hervorrufenden Menge auf. Die früher zyklisch, jetzt orthostatisch genannte Albuminurie, welche nach Liegen vergeht, ist als physiologisch zu betrachten vom Gesichtspunkte der Medikation aus; ebenso die nach angestrengter Muskeltätigkeit auftretende. JEHLE sah Albuminurie bei lordotischer Lumbalwirbelsäule, welche nach der Korrektion verschwand. Manchmal war die Korrektion nur durch die Entfernung der hohen Absätze möglich und die Albuminurie war vorüber. Der Autor hatte Gelegenheit, bei einem zwölfjährigen Knaben mehrere Male Urinuntersuchungen auszuführen, und da stellte sich das Vorhandensein einer zyklischen Albuminurie heraus. Der Frühurin war eiweifsfrei, der Vormittagsurin zeigte schon

Spuren von Albumen. Versuchsweise hatte er eine künstliche Lordose durch folgende Stellung hervorgerufen. Das Kind liefs er fünf Minuten lang knien und die Arme stark nach rückwärts strecken. Bei der Untersuchung war die Eiweifsreaktion zu konstatieren und aufserdem Fibrincylinder und rote Blutzellen zu finden. Neben der Albuminurie war die molekuläre Konzentration und Chlorausscheidung ebenfalls gesteigert. In einigen Stunden war wieder alles vorüber und der Harn wieder normal. Der Autor rät dringlichst, die diätetische Behandlung solcher Fälle zu meiden. Die Ärzte müssen überhaupt sehr behutsam vorgehen, bevor sie solche Erscheinungen für behandlungsbedürftige Krankheiten erklären, da eine Behandlung nur Schaden bringen könnte. *Porosz-Budapest.*

Der Mechanismus der orthostatischen Albuminurie und Oligurie, von G. H. Lemoine und G. Linossier-Lyon. (*Presse méd.* 1909. Nr. 24.) Zwei Faktoren bringen gemeinsam die Symptome der orthostatischen Albuminurie zustande: 1. die Verlangsamung der Nierenblutzirkulation in der vertikalen Stellung, 2. eine Alteration der Niere selber. Letzteres scheint eine Conditio sine qua non zu sein: es handelt sich wohl immer um eine anormale Niere, wenn auch nicht gerade eine Nephritis vorzuliegen braucht. Es kann sich ebensogut um eine funktionelle Insuffizienz oder eine ungewöhnliche Emfindlichkeit der Niere handeln (die sog. „Débilité rénale“ von Castaigne). Es gibt deshalb eine ganze Anzahl verschiedener klinischer Typen dieser Erkrankung, welchen dann auch besondere therapeutische Indikationen entsprechen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die orthostatische Albuminurie, von Josef Caranfilian-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1909. Nr. 1—6.) Klinischer Vortrag mit Verwertung eigener Beobachtungen bezw. Untersuchungen Schurs an 500 Kadetten. Von diesen hatten zwölf Albuminurie ohne die geringsten Anomalien im äufseren Aussehen und in der körperlichen Leistungsfähigkeit. Der Blutdruck war bei diesen Fällen bei einem Teile wenig unter der Norm, bei anderen wieder völlig normal. C. glaubt, dafs nicht allgemeine Zirkulationsstörungen, sondern lokale Zirkulationsstörungen in der Niere die Ursache der orthostatischen Albuminurie sind. Hierfür sprechen Fälle, bei denen der ohne jede körperliche Anstrengung gelassene Harn 1032 spezifisches Gewicht hatte. Aufser den Zirkulationsstörungen ist eine gewisse Abnormität der Nieren, ein Débilité rénale, als ursächliches Moment anzunehmen; diese Schädigung der Nieren ist wahrscheinlich durch die Zirkulationsstörungen selbst hervorgerufen. *Schourp-Danzig.*

Über Albuminuria orthostatica, von L. Siciliano. (*Il policlinico.* X. Jahrg., Heft 9.) Zusammenfassendes Referat. *Haas-Hamburg.*

Über lordotische Albuminurie, von Hugo Nothmann-München. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 49, Heft III u. IV.) Bei vielen Scharlachkindern tritt eine im allgemeinen rasch vorübergehende, häufig remittierende, geringfügige Albuminurie mit oder ohne organische Sedimentbildung, spontan in Bettruhe oder beim Aufstehen auf, welche mit anderen Nachkrankheiten vergesellschaftet sein oder für sich allein als einzige Schädigung bestehen kann. Bei allen diesen Fällen konnte N. auch durch Lordose Eiweifs- und Essigsäurekörperausscheidung hervorrufen. Umgekehrt zeigten sich bei keinem Patienten, bei dem das lordotische Experiment negativ war, jemals irgendwelche Symptome einer anatomischen oder funktionellen Nierenschädigung. Die Ursache dieser Eiweifsausscheidung ist eine durch Scharlacherkrankung gesetzte Schädigung der Nieren mehr funktioneller als anatomischer Art. Als anatomisches Substrat darf vielleicht ein geringfügiger „Katarrh der Harnröhrchen“ — im weiteren Sinne der älteren Autoren — angenommen werden. Die Erkrankung ist gutartiger Natur und heilt bei Bettruhe in wenigen Tagen oder Wochen aus.

Um in das Wesen der lordotischen Albuminurie Einblick zu gewinnen, fixierte

der Verfasser Kadaver in Lordose durch Gefrieren und zerlegte sie in Horizontalschnitte. Es schien, als ob durch die bei Lendenlordose vorspringenden Wirbelkörper, die sich in den Nierenzwischenraum eindrängen, die beiden Nieren voneinander entfernt und um eine vertikale Achse rotiert werden, so zwar, dafs der laterale Rand mehr nach hinten, der mediale mehr nach vorn zu liegen kommt. Wenn dies zutrifft, dann würden die Nieren durch ein direktes Trauma getroffen werden und es ergäben sich Zirkulationsstörungen im Sinne einer Verlangsamung des Blutstromes, die zu einer Stauungsalbuminurie führen könnten. *Schourp-Danzig.*

Orthopädischer Apparat zur Verminderung der lordotischen Albuminurie, von Karl Preleitner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 8.) Abbildung und Beschreibung eines Geradhalters zur Ausgleichung der Lendenlordose, der bisher stets seinen Zweck erfüllt hat, die ihn tragenden Knaben eiweifsfrei zu halten.

W. Lehmann-Stettin.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Chylurie, von V. Lalle - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Mitteilung der Krankengeschichte eines seit zehn Jahren an ziehenden Schmerzen in der linken Nierengegend leidenden, kürzlich aus den Tropen zurückgekehrten Patienten, bei dem in bestimmten Intervallen und in bestimmten Mengen Fett und Eiweifs im Urin auftritt. Der Fettgehalt des Harnes ist bei Nacht beträchtlich gröfser als am Tage, andererseits unterliegt er gewissen Schwankungen von Tag zu Tag und scheint sogar zu Zeiten gänzlich zu schwinden. Die Absonderung des chylösen Urins ist von der Körperlage, von Ruhe und Bewegung abhängig: bei vollkommener Bettruhe ist der Chylusgehalt gröfser als wenn der Patient sich bewegt. Durch vermehrte Fettzufuhr läfst sich eine geringe Vermehrung des Chylusgehaltes in sonst fettarmen Urinportionen erzielen. Der Übergang des Nahrungsfettes in den Harn kann durch Nachweis zugeführten Lebertrans festgestellt werden. Parasiten sind weder im Blut noch im Harn nachzuweisen. Die cystoskopische Untersuchung ergibt, dafs sich chylöser Urin nur aus dem linken Ureter entleert. Der Harn enthält keine Cylinder oder andere Nierenelemente. In der linken Nierengegend findet sich eine vergröfserte Dämpfung, die vielleicht als Aneurysma des Ductus thoracicus oder als Erweiterung der Nierenlymphgefäfse aufzufassen ist.

Das in diesem Falle wie auch schon von anderen Autoren beobachtete einseitige Ausscheiden von chylösem Harn scheint zu beweisen, dafs die Erkrankung weder auf chylöse Blutbeschaffenheit und abnorme Stoffwechselvorgänge noch auf veränderte Sekretion der Nieren zurückzuführen ist. Man mufs vielmehr annehmen, dafs der Chylus infolge anatomischer Läsionen entweder direkt oder durch den Ductus thoracicus in die Lymphgefäfse der Harnorgane der betreffenden Seite oder direkt in das Nierenbecken oder in den Ureter gelangt. *Götz-München.*

Hämoglobinurie und Hämolyse, von Julius Donath und Karl Landsteiner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 45.) Erwiderung auf den Artikel von W. Czernecki (s. *Monatsh.* Bd. 48, S. 242). *W. Lehmann-Stettin.*

Beiträge zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie, von E. Graefe und Leo Müller. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. 59, Nr. 2 u. 3.) Krankheitsgeschichte eines 66jährigen Mannes mit Atherosklerose und Aortenaneurysma und wahrscheinlich früher erworbener Lues. Bei der Anstellung des Donath-Landsteinerschen Bindungsversuches ergaben sieben Blutproben nur dreimal positiven Ausfall; die von diesen Autoren gemachten Angaben prüften die Verfasser nach und bestätigten sie. Es zeigte sich, dafs das Blutserum des Patienten auch Isolysine enthielt.

Schourp-Danzig.

Über Oxalurie und Phosphaturie, von V. Zoepffel. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Oxalurie ist keine Krankheit sui generis, sondern als

Ausdruck einer Herabsetzung der Oxydationsenergie des Organismus aufzufassen. Daher tritt sie bei schwächenden Krankheiten auf: Lungentuberkulose, Peritonitis, perniciöser Anämie, Typhus, Diabetes, nervöser Dyspepsie, Neurasthenie, Dyspnoe. Die Therapie besteht demnach in Hebung des Gesamtstoffwechsels und Zufuhr von Alkalien, um die Oxalsäure schon im Darm in schwer lösliches und resorbierbares Salz umzuwandeln. Fallen Oxalate im Urin aus, so ist Fleischdiät indiziert.

Bei Phosphaturie besteht herabgesetzte Acidität, wahrscheinlich infolge Steigerung der Blutalkaleszenz. Häufiger noch ist Phosphaturie eine Folge von Störung der Funktionen des Nierenparenchyms (Sekretionsneurose). Die Therapie hat ebenfalls den Säuregehalt des Urins zu steigern. *Arthur Schucht-Danzig.*

Vorläufige Notiz über Stärke im Urin, von Ira S. Wile - New York. (*New York med. Journ.* 20. Febr. 1909.) Die Anwesenheit von Stärkekörnern im Urin wurde von unzähligen Beobachtern festgestellt und auf zufällige Verunreinigung durch Streupulver, Unterkleider usw. zurückgeführt. W. versucht nun in vorliegender Arbeit festzustellen, daſs es eine wirkliche Amylurie, d. i. Durchgang von Stärkekörnern durch die Niere in die Blase usw. gibt. Ihre Beobachtungen beziehen sich auf 35 Kinder, bei welchen 50mal Amylurie gefunden wurde; verschiedene Vorsichtsmaſsregeln wurden bei den Untersuchungen getroffen, um günstige Bedingungen für dieselben zu schaffen und Verunreinigung auszuschlieſsen; so wurde nur Urin männlicher Individuen benutzt, die Gefäſse unmittelbar nach der Harnentnahme bedeckt, alle Zentrifugaltuben, Objektträger usw. auf Stärke vor ihrem Gebrauch untersucht usw. Folgende Schluſsfolgerungen ergaben sich nun aus diesen Untersuchungen: 1. Stärkekörnchen fehlen im Urin von Kindern, die an der Brust gestillt werden; 2. sind häufig im Urin von Kindern, die reichlich Kohlehydrate genieſsen; 3. der Grad der Amylurie variiert mit der Art und Herstellungsweise der Nahrung, der Menge derselben und dem speziellen Zustande des Individuums; 4. Stärke im Urin gibt zuweilen eine Albuminurie vortäuschende Reaktion; 5. Amylurie kann also vorkommen und Stärke im Urin muſs nicht äuſseren, zufälligen Ursprungs sein. Dr. Hirschs Untersuchungen mit Erwachsenen haben bezüglich der Amylurie zu ähnlichen Resultaten geführt.

Stern-München.

Zum gegenwärtigen Standpunkt der Nierendiagnostik und Nierentherapie, von Georg Berg-Frankfurt a. M. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 35.) An der Hand eines interessanten Falles einer Nierentuberkulose bespricht Verfasser die Vorzüge der modernen Nierendiagnostik und die Therapie der Tuberkulose der Nieren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Anurie mit Nekrose der gewundenen Harnkanälchen in den Nieren, von F. P. Weber-London. (*Lancet.* 27. Febr. 1909.) Bei einem 69jährigen Möbeltischler trat ohne erkennbaren Grund Urinverhaltung ein. Katheterismus, medikamentöse Behandlung, Drainage des Nierenbeckens nach Nephrotomie waren erfolglos, und am achten Tage der Anurie starb der Patient. An den Nieren fand man bei der Autopsie neben geringen Andeutungen einer alten interstitiellen Entzündung einen weitverbreiteten Zustand der trüben Schwellung und weiter vorgeschrittenen Nekrose an den Zellen der Tubuli contorti, welche Verfasser als Ursache der totalen Funktionsunfähigkeit anspricht. Bakterielle Einwirkungen konnten nicht beschuldigt werden. Einige analoge Fälle sind in der Literatur als durch Embolie der Nierenarterien bedingt dargestellt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Erscheinungen bei durch Nephrolithiasis bedingter Anurie, von F. S. Watson-Boston. (*Amer. Journ. med. scienc.* April 1909.) Folgende, jedenfalls nicht allgemein anerkannte Thesen verteidigt W. auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und derjenigen von anderen Autoren: Durch plötzliche Blockierung des

einen Ureters kann reflektorisch die andere, sonst funktionsfähige Niere aufser Tätigkeit gesetzt werden. Das Legeusche Diktum, dafs Anurie sich nur bei Patienten mit einer einzigen secernierenden Niere einstelle, ist nicht in allen Fällen stichhaltig. Man kann nicht aus dem Sektionsbefund bedingungslos Schlüsse ziehen auf die beim Einsetzen der Anurie bestehende Beschaffenheit der Nierensubstanz, und es ist nicht möglich, mit positiver Sicherheit in jedem Falle zu behaupten, dafs ein gegebener Grad von Strukturveränderung die Möglichkeit einer Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ausschliefse. In vielen Fällen ist es unbedingt ratsam, bei Nephrolithiasis mit Anurie zugleich an beiden Nieren die Nephrotomie oder Nephrolithotomie auszuführen. Dies ist der Fall, wenn bei der Freilegung der einen Niere man findet, dafs dieselbe so wenig sekretionsfähiges Gewebe besitzt, dafs sie allein nicht zur Erhaltung des Lebens hinreichen dürfte. Desgleichen wird man bilateral operieren, wenn Steinbildung auch in der noch nicht blockierten Niere vorhanden ist, oder wenn gar beide Ureteren versperrt sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Doppelniere mit Pyelonephritis der einen Hälfte, von V. Dumitreanu-Budapest. (*Urologiai Szemle.* Nr. 4. Beiblatt des *Orvosi Hetilap.* 1908.) Bei einem 24jährigen Manne, der vor 1½ Jahren eine Blennorrhoea durchmachte, bestanden häufiger wiederkehrende Nierenschmerzen mit Pyurie. Die Blase war gesund, nur die Uretermündung auf einer Seite wölbte sich hervor. Ureterkatheterismus bewies, dafs der Eiter von dieser Seite herstammte. Im Harnsediment wurden im Eiter weder Tuberkelbazillen noch andere Bakterien gefunden. Bei der Operation stellte sich heraus, dafs die Niere aus zwei Teilen bestand, welche miteinander durch narbiges Bindegewebe verwachsen waren. Beide hatten ihre separaten Ureteren. Der untere Teil war durch mehrere Abscesse ausgehöhlt und das Nierenbecken mit Eiter gefüllt Beide Teile wurden entfernt, denn die Sonderung war unmöglich. Das Ostium des zweiten Ureters wurde vorher in der Blase nicht bemerkt und nachher auch nicht gefunden. Der Autor hält es für wahrscheinlich, dafs die beiden Ureteren vereinigt in die Blase mündeten. Der Krankheitsverlauf war ein glatter; Patient wurde geheilt entlassen. *Porosz-Budapest.*

Uropyonephrose infolge einer Striktur des Harnleiters, von Duhot. (*Ann. de la Policlinique.* 1909. Nr. 1.) Beschreibung eines Falles von Pyonephrose bei einem bisher scheinbar ganz gesunden 24jährigen Manne, deren Ursache eine endogene Striktur des Ureters war. Die vom Verfasser vorgenommene Nephrektomie beseitigte vollkommen das Leiden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Der diagnostische Wert des Harnleiterkatheterismus, von Simon L. Elsner-Rochester. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 15.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Die Bakteriotherapie und der Opsoninindex bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von R. Romme. (*Presse méd.* 1908. Nr. 90.) Die Therapie bestand in der Injektion von progressiv steigenden Mengen von abgetöteten Gonokokken (15 bis 60 Millionen bei Mädchen bis zu fünf Jahren, bei älteren bis zu 100 Millionen). Sie wurden in fünf- bis sechstägigen Intervallen je nach dem Opsoninindex in den Oberschenkel gemacht. Die lokale Reaktion war in fast allen Fällen irrelevant. Von 41 Kranken von Churchill und Soper (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Nr. 16) konnten nur neun nach ihrer Heilung wiedergesehen werden. Von diesen blieben sechs noch drei Wochen bis 5½ Monate nach Aussetzen der Therapie geheilt, und zwar nach durchschnittlich 23tägigem Spitalaufenthalt. Buttler und Long (am selben Ort) wiesen bei zwölf Fällen akuter Blennorrhoe neun Heilungen nach 43 Tagen, bei 13 chronischen elf Heilungen nach 39 Tagen auf.

Nach Buttler und Long erfolgt auf jede richtig dosierte Injektion ein Ansteigen des Opsoninindex. Jedoch kann die vorübergehende Immunität, welche die Einspritzung der Bazillenemulsion erzeugt, durch eine erneute Injektion gestört werden, wenn letztere erfolgt, bevor der Opsoninindex zur normalen gefallen ist. Nach Churchill und Soper hingegen folgt auf jede Injektion ein Fallen des Opsoninindex (= phagocytäre Kraft des Kranken), dem erst nach einigen Tagen ein Ansteigen folgt. In einzelnen Fällen hingegen folgt auf die Injektion direkt ein Ansteigen. Jedenfalls kann man bezüglich des Verhaltens des Opsoninindex keine festen Regeln aufstellen.

Gunsett-Strafsburg.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe beim weiblichen Geschlecht, von A. Samuels-Baltimore. (*New York med. Journ.* 20. März 1909.) Nach Beschreibung der wichtigsten Symptome der Harnröhrenblennorrhoe beim Weibe hebt S. folgende als die wichtigsten Punkte bei deren Diagnose und Behandlung hervor: 1. Alle Fälle, bei welchen die Anamnese Brennen beim Urinieren gibt, sollten genau auf eine vorhandene Urethritis untersucht werden. 2. Wird eine Urethritis gefunden, so nehme man stets deren blennorrhoischen Ursprung an, wenn nicht ein Fremdkörper vorhanden ist. 3. Sodann leite man in allen Fällen eine eingehende Behandlung ein, vor allem, um Komplikationen zu vermeiden. 4. Die vaginalen Spülungen (Dusche) wende man erst an, wenn alle Spuren der primären Infektion verschwunden sind, und niemals in den ersten Stadien. Im akuten Stadium (der Schmerzen) sollte von jeder lokalen Behandlung abgesehen, nur äufserliche Waschung mit leichter Sublimat- (1 : 6000) oder Borlösung, heifse Sitzbäder, Bettruhe verordnet werden; die balsamischen Mittel sind beim weiblichen Geschlechte wenig wirksam, statt dessen empfiehlt S. gegen das Brennen beim Urinieren Kaliumacetat (dreimal täglich 0,6—0,9 g), mit oder ohne Tinctur. Hyoscyami (je 10—15 Tropfen). Sobald als die akute Entzündung in der Harnröhre etwas nachgelassen hat, werden tägliche Protargol- (1 %) Injektionen, deren Konzentration allmählich bis auf 3% erhöht wird, schliefslich solche mit Zinc. sulphur. jeden dritten Tag gemacht, bis der schleimige Ausflufs aufhört. In chronischen Fällen mufs mittels Endoskops 3% Arg. nitr. appliziert werden. *Stern-München.*

Die akute Blennorrhoe des Weibes, von Lavenant. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 1.) Kurze Beschreibung, die nichts Neues bringt. *Götz-München.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie des Harnröhrentrippers beim Weibe, von J. Leyberg. (*Medycyna.* 1908. Nr. 46.) Eingehende Beschreibung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Harnröhre einer 23jährigen Frau, die mit Tripper in der dermatologischen Abteilung in Görlitz lag und daselbst an einer akuten Infektionskrankheit zugrunde ging. Aus den Veränderungen im Epithel und im Bindegewebe schliefst Verfasser, dafs der Tripper in der Urethra ein chronischer war. Zwischen dem vorderen und hinteren Urethralabschnitt waren deutliche Unterschiede vorhanden: ein Beweis, dafs das akute Stadium viel länger im vorderen, als im hinteren Abschnitte dauerte. — Nicht nur im subepithelialen Bindegewebe, sondern auch in den tiefsten Schleimhautschichten und im intramuskulären Bindegewebe konnte Verfasser eine Proliferation der Entzündungsprodukte nachweisen; dies spricht nach Verfasser deutlich genug dafür, dafs es sich hier um ein Stadium der primären Bildung eines jungen Bindegewebes im Wege der Hyperplasie handelt. Beim Fehlen entsprechender Behandlung könnte solches Bindegewebe nach längerer Zeit eine sekundäre Retraktion erleiden und auf diese Weise — nach Analogie mit der Bildung männlicher Harnröhrenverengerungen — eventuell zu einer Striktur auch bei der Frau führen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Klinische Blennorrhoe des Mannes, von MAX HUHNER-New York. (*New York med. Journ.* 23. Jan. bis 6. Febr. 1909.) H. bespricht in ausführlicher Weise die verschiedenen Behandlungsmethoden der Blennorrhoe, die zahlreichen inneren Mittel und die Injektionstherapie und in einem Schlufskapitel die Prophylaxe der Blennorrhoe. Kurz zusammengefafst ergeben seine für die Praxis recht brauchbaren Ausführungen folgendes. Wird der Fall innerhalb 36 Stunden nach Beginn gesehen, so versuche man die Abortivmethode, welche H. bei allerdings kleiner Anzahl von Fällen etwa 25 % Erfolg gebracht hat und darin besteht, dem Patienten drei Protargol- (10 %) Injektionen — morgens, abends und dann wieder morgens von je 15 und 5 Minuten Dauer — zu machen, innerlich alkalische (zwei) Wässer trinken und späterhin Zinc. sulfur. (0,5—1 %) injizieren zu lassen. Ist nach spätestens einer Woche keine Heilung eingetreten, so müssen eben die anderen Behandlungsmethoden Platz greifen; irgendeine schädliche Wirkung hat H. von der Abortivmethode nie gesehen. Kommt der Patient später als 36 Stunden nach Krankheitsbeginn in Behandlung oder war die Abortivmethode erfolglos, so gibt er innerlich Alkalien und macht täglich eine Harnröhren-Blasenspülung (nach JANET) mit Kalium permanganicum (1 : 3000); nach etwa 14 Tagen gibt er die LAFAYETTEsche Mixtur (Mischung von Copaivabalsam, Extr. Glycyrrhizae, Ol. gaultheriae usw.), viermal täglich einen Dessertlöffel voll, und wenn kein Ausflufs mehr vorhanden, die Spülungen nur jeden zweiten oder dritten Tag. Droht der Zustand chronisch zu werden, so wende man statt Kalium permanganicum Spülungen mit Argentum nitricum-Lösungen an, und zwar beginnend mit 1 : 20000 und täglich steigend bis 1 : 500, dann wieder herabgehend bis 1 : 5000 und höre schliefslich mit ein bis zwei Kalium permanganicum- (1 : 3000) Spülungen auf. Absolutes Verbot aller Alkoholika, sowie von Tee und Kaffee. Kann der Patient nicht täglich zur Behandlung kommen (was wohl aus diesem oder jenem Grunde meist der Fall ist! Refer.), so läfst H. Protargol, beginnend mit ½ %iger Lösung, viermal täglich injizieren; sind die Gonokokken völlig geschwunden, so mufs noch eine Woche lang mit 1 %iger Protargollösung viermal täglich, dann dreimal und dazu noch 0,5 bis 1 %iger Zinksulphatlösung einmal täglich gespritzt werden. Einige Tage später gebe man jedes abwechselnd zweimal pro Tag, dann Protargol einmal und Zinc. sulfur. dreimal und schliefslich letzteres allein viermal pro Tag. Niemals erkläre man einen Patienten für geheilt, bis wenigstens acht Tage lang jede Behandlung ausgesetzt war, der Patient wieder seiner gewöhnlichen Lebensweise nachgeht und kein Ausflufs, Verklebtsein des Meatus bei mehrmaligen Untersuchungen (zwölf Stunden nach dem letzten Urinieren) zu konstatieren ist. H. erwähnt noch eines Mittels, welches, wenn auch nicht zu Injektionen angewandt, in manchen Fällen doch sehr brauchbar ist, und zwar Adrenalinchlorid (1 : 1000); dasselbe hat anästhetisierenden und blutstillenden Einflufs auf die Harnröhre, kann an Stelle von Argentum nitricum und zuweilen von Kokain angewandt werden und tut bei der Endoskopie gute Dienste (15—30 Tropfen auf das Endoskop geträufelt), besonders, wenn Blutstropfen das Bild trüben, ferner mit Wattetupfer auf Ulcera oder Granulationen der Harnröhre appliziert und schliefslich auch in tiefer Harnröhreninjektion bei hochgradigen Kongestionen des prostatischen Teiles der Harnröhre. Argyrol hält H. für weit weniger wirksam wie Protargol, Albargin demselben keineswegs für überlegen und Ichthargan für viel stärker reizend; Pikrinsäure, welche in letzter Zeit so sehr gelobt wurde (in 0,5—1 %iger Lösung), mufs H. absolut verwerfen. Den Modus der JANETschen Spülungen, deren enthusiastischer Anhänger H. ist, beschreibt er in sehr anschaulicher, mit charakteristischen (vier) Bildern illustrierter Weise. Im letzten Teile der Arbeit, der Prophylaxe der Blennorrhoea, stellt H. in sehr überzeugender Weise die Forderung auf, diese sei ebenso Sache der Ärzte wie Ätiologie, Diagnose und Behandlung und sei viel zu lange dem

Moralisten, Theologen usw. überlassen worden. Vor allem müsse der Arzt den jungen Leuten klar machen, daſs sexuelle Abstinenz in keiner Weise schädlich sei und daſs die Gefahren der öffentlichen und besonders der geheimen Prostitution („Verhältnisse") viel gröſser seien als die aus der sexuellen Enthaltsamkeit. Ohne auf weitere Einzelheiten der sehr gelungenen Beweisführung H.s einzugehen, sei hier nur noch angeführt, daſs er in vortrefflicher Weise den zahlreichen bekannten Autoren, die behaupten, mit der sexuellen Abstinenz würden Masturbation und Onanie groſsgezogen, entgegentritt. *Stern-München.*

Originelle Gedanken über Pathologie und Therapie der chronischen Blennorrhoe, von Alexander A. Uhle und William H. Mackinney-Philadelphia. (*New York. med. Journ.* 30. Jan. 1909.) Verfasser nehmen als Ursache der chronischen Blennorrhoe an, daſs diejenigen Mittel, welche auf die akut entzündete Harnröhre einzuwirken imstande sind, nicht genügend durchdringende Wirkung besitzen, um all die Gonokokken, welche in den tieferen Schichten der Harnröhre, speziell in den Krypten und in den mit derselben in Verbindung stehenden Drüsen sitzen, zu vernichten. Das Resultat dieser chronischen Reizung durch den Gonococcus ist immer eine Rundzelleninfiltration, welche je nach der Struktur des befallenen Gewebes zu verschiedenen pathologischen Zuständen, wie chronische Folliculitis, Infiltrationen der tieferen Schleimhautschichten, Strikturen der Harnröhre und Prostatitis führt. Diese frühesten Anzeichen derartiger pathologischer Zustände im vorderen Teile der Harnröhre sind schleimiger Ausfluſs und Fäden im Urin; im hinteren Teile der Harnröhre sind späterhin die gleichen pathologischen Veränderungen (katarrhalische und follikuläre) vorhanden, welche aber durch die Anwesenheit der Prostata und die Vorliebe des Gonococcus für diese und deren Ausführungswege entsprechend modifiziert werden. Was nun die Therapie dieser Zustände betrifft, so hat die opsonische Behandlung Verfassern hier ebenso wenig wie bei der akuten Blennorrhoe Erfolg gebracht. Die Mehrzahl der Fälle werden durch rationelle lokale Behandlung geheilt und diese muſs darin bestehen, (lokale) Kongestion an den erkrankten Stellen hervorzurufen und dadurch die absorbierenden und bakterientötenden Eigenschaften des Blutes, welche sich hauptsächlich in Phagocytose äuſsert, in Tätigkeit zu setzen. Im subakuten Stadium der Blennorrhoe werden zu diesem Zwecke am besten mildadstringierende Mittel mit ständig steigender Konzentration (je nach dem Grade der erzielten Reaktion) angewendet, im chronischen Stadium sind schwache Lösungen von Argentum nitricum zur Hervorrufung der Reaktionen am besten, bei vorhandenen Infiltrationen Sonden oder Dilatatoren allein oder in Verbindung mit den adstringierenden Mitteln. Bei chronischer Blennorrhoe des hinteren Teiles der Harnröhre und bei Prostatitis sind die tiefen Instillationen, zur Dilatation am besten der Kollmannsche Dilatator, auſserdem bei chronischer Prostatitis Massage vom Mastdarm aus anzuwenden. Aus dem Gesagten geht hervor, daſs wir gegenwärtig noch kein Mittel besitzen, welches milde und doch wirksam genug ist, um in alle Teile der chronisch entzündeten Harnröhrenschleimhaut zu dringen und die Krankheitskeime zu zerstören, sondern daſs wir uns begnügen müssen, eine lokale Kongestion hervorzurufen. *Stern-München.*

Über maligne Blennorrhoe der Neugeborenen, von L. Naumann-Dresden. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1907. Nr. 50.) Bei einem Neugeborenen zeigte sich unmittelbar nach der Geburt eine Conjunctivitis und nach wenigen Stunden bereits eine Trübung der beiden Corneae. Es kam zur Erblindung auf beiden Augen. Die frühe Infektion der kindlichen Bindehäute ist durch den vorzeitigen Blasensprung zu erklären, welcher zwei Tage vor der Ausstoſsung der Frucht erfolgte. *Schourp-Danzig.*

Über die Leistungsfähigkeit der Irrigationsendoskopie bei chronischer Urethritis, von H. Lohnstein-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10 und 11.)

L. hat die GOLDSCHMIDTsche Irrigationsendoskopie in etwa 200 Fällen ausgeführt und beschreibt in der vorliegenden umfangreichen Arbeit ausführlich die Bilder, die sich ihm dargeboten haben, und die Beobachtungen, die er gemacht hat. Er zieht aus ihnen folgende Schlüsse:

Die durch GOLDSCHMIDT geschaffene Irrigationsuretbroskopie bedeutet eine wertvolle Bereicherung der endoskopischen Untersuchungsmethoden der Harnröhre. Sie vermittelt eine einwandfreie topographische Übersicht der Pars posterior urethrae und der an diese angrenzenden proximalen und distalen Nachbarabschnitte. Insbesondere ermöglicht sie den Nachweis auch kleiner, über die Oberfläche der Schleimhaut hinausragender Wucherungen und Zottenbildungen, sowie zirkumskripter Infiltrate, letztere durch die leichte Erkennungsmöglichkeit des von ihnen abgesonderten katarrhalischen Sekretes. Für die Endoskopie der Pars anterior stellt sie eine wertvolle Ergänzung der bisherigen endoskopischen Methoden dar, indem sie auch geringe Niveauunterschiede der Oberfläche sichtbar macht; feinere Einzelheiten der Oberflächenveränderung, insbesondere solche, welche sich bei Tiefeninfiltration finden, vermag sie jedoch nicht so klar zur Anschauung zu bringen wie die bisherigen endoskopischen Untersuchungsmethoden. *Götz-München.*

Die neueren Behandlungsmethoden der Epididymitis blennorrhoica unter Mitteilung eigener Versuche mit der Punktionsbehandlung, von ERNST. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 10 und 11.) Autor kann die guten von SCHINDLER erzielten Erfolge bestätigen. Er benutzte eine aseptische LUERsche Spritze, deren scharf gespitzte Kanüle schnell 1—2 cm tief in das Gewebe der Cauda eingestochen wurde. Unter vorsichtiger Aspiration wird die Spritze allmählich zurück- und wieder herausgezogen. Der ganze Eingriff dauert nur wenige Sekunden. Zumeist genügt eine einmalige Punktion. „Neben der günstigen Einwirkung auf das Fieber ist besonders die schnelle Beseitigung der spontanen und die rasche Linderung der Druckschmerzhaftigkeit als Folge der Punktion hervorzuheben. Auch eine Abkürzung der Heilungsdauer der Epididymitis läſst sich nach unserer Erfahrung in den meisten Fällen durch die Punktion erzielen.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Statistik der Arthritis blennorrhoica, von ARTHUR JORDAN-Moskau. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Bei 820 Tripperkranken trat 18mal ein Tripperrheumatismus auf (= 2,1 %). Auſser Traumen und Erektionen spielt die individuelle Disposition eine groſse Rolle. Unter den 18 Fällen blieb zweimal eine ausgesprochene Ankylose, in fünf Fällen teils eine geringe Steifigkeit, teils eine geringe Schwellung zurück. *Arthur Schucht-Danzig.*

Gonokokken-Septikämie, von DIEULAFOY. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 16.) Beschreibung eines Falles von Gonokkoken-Septikämie, die zu Beginn alle Symptome eines Abdominaltyphus, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Benommenheit, Diarrhoe mit Auftreibung des Leibes und Druckempfindlichkeit in der Fossa iliaca, Milzschwellung und Roseola aufwies; nur die Bronchitis fehlte. Durch das Auftreten einer Endocarditis und einer doppelseitigen Bronchopneumonie wurde der Zustand ein überaus bedrohlicher. Aus dem Blute des Kranken, der einen Monat vorher eine Blennorrhoe akquiriert hatte, liessen sich Gonokkoken in Reinkultur züchten, auch das Sputum enthielt neben Pneumokokken Gonokokken. Nachdem die üblichen therapeutischen Maſsnahmen vollständig versagt hatten, wurde WRIGHTsches Gonokokkenvaccin injiziert mit dem Erfolge, daſs alle Erscheinungen zurückgingen; als unter nochmaligem Temperaturanstieg neue Störungen seitens des Herzens mit perikardialem Reiben sich einstellten, wurde abermals Gonokokkenvaccin eingespritzt und dadurch definitiv Heilung erzielt. Während der Rekonvaleszenz erkrankte der Mann auch noch an Abdominaltyphus. — Das Gonokokkenvaccin hat in diesem Falle lebenrettend gewirkt. *Götz-München.*

Über Cervicitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von Houssiau. (*Ann. de la Policlinique.* 1909. Nr. 1.) Kurze Besprechung des Verlaufes der Cervicalblennorrhoe. Von den zur Behandlung gebrauchten Mitteln empfiehlt Verfasser die Jodtinktur, das Jodaceton, die Galvano- und Thermokauterisation und das 20%ige Kalium causticum. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über spezifische Behandlung blennorrhoischer Prozesse, von Carl Bruck-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Nachdem Br. und andere festgestellt haben, dafs durch künstliche Vorbehandlung von Tieren und spontan bei blennorrhoischen Allgemeinerkrankungen Stoffe von Ambozeptorencharakter im Blutserum auftreten, lag es nahe, den therapeutischen Effekt dieser Seren auf blennorrhoische Prozesse zu erproben. Die dahingehenden Versuche Br.s ergaben, dafs durch passive Immunisierung mit Gonokokkenantiserum eine Beeinflussung blennorrhoischer Affektionen nicht gelingt. Dagegen bietet aktive Immunisierung mit Gonokokkenvaccin Aussicht auf Erfolg, besonders bei blennorrhoischen Komplikationen und Allgemeinerkrankungen, die der bisherigen Therapie zu trotzen pflegen. Berücksichtigung des opsonischen Index ist bei der Anwendung des Gonokokkenvaccins durchaus unnötig. Die Injektionen sind meist schmerzlos und ganz ungefährlich, sie verursachen leichte Temperatursteigerungen, aber keine Störungen des Allgemeinbefindens. Irgend eine Wirkung auf akute oder chronische Harnröhrenblennorrhoe der Männer war niemals zu konstatieren, dagegen gelang es, von 13 Fällen von blennorrhoischer Epididymitis 8 ohne jede lokale Therapie durch die Einspritzungen zur Heilung zu bringen, ebenso einen Fall von Arthritis blennorrhoica und einen Fall von Vulvovaginitis bei einem 3jährigen Mädchen. — Beim Studium der Überempfindlichkeitsreaktionen, die durch Gonokokkenvaccin bei Blennorrhoe ausgelöst werden, zeigte sich, dafs anscheinend bei Blennorrhoikern eine Hautüberempfindlichkeit zustande kommt, die sich in einer auf Vaccinimpfung entstehenden Cutisreaktion äufsert.

Das Gonokokkenvaccin wird binnen kurzem von Schering unter dem Namen „Arthigon“ in den Handel gebracht werden. *Götz-München.*

Die Behandlung chronischer Blennorrhoe mittels Vibrationsmassage, von Oskar Scheuer-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1909. Nr. 12.) Sch. behandelte drei Fälle von leichten Stenosen, zehn Fälle von Verdickungen des Epithels und vier Fälle von weichen Infiltrationen der Harnröhrenschleimhaut mit dem von Boss — *Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene* 1905. Nr 2 — angegebenen Massageapparat. Er rühmt das Verfahren und hebt hervor, dafs es vor den Dilatationen nach Oberländer-Kollmann aufser der überlegenen Heilungswirkung den Vorzug habe, keine Blutungen hervorzurufen und für den Patienten schmerzlos zu sein. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne, von James Pedersen-New York. (*New York med. journ.* 23. Jan. 1909.) Verfasser ist erfreut, dafs sich allgemein unter den Ärzten immer mehr die von ihm längst ausgesprochene Ansicht Bahn bricht, die Blennorrhoe sei eine viel gefährlichere Volkskrankheit als Syphilis. Als Behandlungsmethoden der Urethritis blennorrhoica führt er vier Arten an: 1. Die exspektative, 2. mit inneren Mitteln, 3. die Handinjektions- und 4. die Irrigationsmethode. Die erstere genügt wohl in den seltensten Fällen, ebenso wie die zweite, die meist nur zur Unterstützung der lokalen Behandlung dient. Zu letzterer dienen vor allem die Silbereiweifsverbindungen wie Argonin, Protargol, Albargin, Argyrol und Novargan, welche die drei Hauptbedingungen des spezifischen Mittels erfüllen, nämlich: a) den Gonococcus zu vernichten, ohne die Schleimhaut weiter zu schädigen; b) den Entzündungsprozefs zu beheben und c) die Schleimhaut wieder herzustellen. Zur Indikation b sind aber mehr die mineralischen oder vegetabilischen Adstringenzien (Zinc. sulphur., Zinc. sulfocarbol. u. s. f.) geeignet und zur Erfüllung der letzten Indikation

wendet P. mit Vorliebe Argent. nitric. an, welches er in Lösungen von 1:5000 bis 1:250 mit der ULTZMANNschen oder BANGschen Spritze oder in 1—2% Lösung auf Wattebäuschchen vermittelst Endoskops appliziert, in letzterer Form jedoch höchstens alle 5—7 Tage. Im übrigen ist P.s Behandlungsmethode von der jetzt allgemein üblichen nicht abweichend. *Stern-München.*

Behandlung der Blennorrhoe mit einer Kombination von Silbernitrat und Zink. (*Presse méd.* 1909 Nr. 25.) Spülungen der pars anterior und posterior mit 10—15 Tropfen folgender Lösung auf ein Liter destillierten Wassers:

Arg. nitric.
Zinc. nitric. ää 0,5
Aq. dest. 100,0

Heilung der akuten Blennorrhoe nach durchschnittlich 17 Spülungen, der chronischen nach 18. (? Der Ref.)

Die Angaben sind dem Artikel von BALZER und TANSARD (*Annales des mal. des org. génito-urin.* 1909. Nr. 2.) entnommen. *Gunsett-Straßburg.*

Über die interne Behandlung der akuten Blennorrhoe, von APOSTOLOS G. APOSTOLIDES jun.-Smyrna. (*Allgem. Medic. Zentr. Zeit.* 1909. No. 16 und 17.) Übersichtsreferat. *Schourp-Danzig.*

Arhovin als internes Mittel gegen Blennorrhoe, von F. LASZKY. (*Dtsch. Ärzteztg.* 1909. Heft 1.) Empfehlung des Arhovins gegen Blennorrhoe, dessen innere Darreichung verbunden mit Bettruhe bisweilen zur Heilung führt.

Haas-Hamburg.

Die moderne Blennorrhoebehandlung und ein neues internes Heilmittel, von J. NEUBAUER-Wien. (*Ther. Zentralbl.* 1909. Nr. 2.) Empfehlung des Arhovins für interne Anwendung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin, von L. SZAMEK-Baden. (*Med. Blätter* 1909. Nr. 6.) Arhovin hat sich dem Verfasser ohne unangenehme Nebenwirkung gut bewährt in (sage und schreibe) sechs Fällen.

W. Lehmann-Stettin.

Über die interne Therapie der Blennorrhoe, von M. KOSTMANN-Wien. (*Med. Blätter* 1909. Nr. 11.) Auf Grund seiner Beobachtungen bei akuter und chronischer Urethritis anterior und posterior, bei Prostatitis und Cystitis glaubt K. das Arhovin als gutes internes Antiblennorrhoicum empfehlen zu müssen. *Schourp-Danzig.*

Über die Balsamica, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans, von P. SIEDLER-Berlin. (*Dtsche. Med. Zeit.* 1909. Nr. 16.) S. hält das Gonosan für das beste Antiblennorrhoicum und Anticystiticum. *Schourp-Danzig.*

Über ein neues Santalolpräparat, das Thyresol, von PAUL ROSENTHAL Spandau. (*Allg. Med. Zentr. Ztg.* 1908. Nr. 51.) Der Verfasser erklärt das Thyresol für ein außerordentlich brauchbares internes Antiblennorrhoicum, das die spezifische Wirkung des reinen Sandelöls besitzt und weder Reizungen des Magens noch sonst irgend welche Nebenwirkungen hervorruft. *Schourp-Danzig.*

Über Thyresol, ein neues internes Antiblennorrhoicum, von HIRSCHBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 12.) Anwendung bei weiblichen Patienten. Thyresoltabletten wurden gut vertragen, sind mindestens gleichwertig mit den üblichen Handelsprodukten und regen die Darmperistaltik an. *Arthur Schucht-Danzig.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die cerebrale Beeinflussung der Schweifssekretion, von Ferdinand Winkler-Wien. (*Arch. f. ges. Phys.* Bd. 125.) Bisher war bekannt, dafs der Nervenapparat für die Schweifssekretion an der Oberfläche des Gehirns beginnt und die Medulla oblongata Durchgangsstation für sämtliche Schweifsnerven ist. Um nun den Weg zu suchen, auf dem die Schweifsnerven von der Gehirnrinde zur Medulla ziehen, hat W. experimentelle Untersuchungen an im ganzen 68 Katzen angestellt, deren Ergebnis ist, dafs vom Frontalhirn aus und zwar von dessen medialem basalen Anteile Schweifsbahnen ihren Ursprung nehmen, die sich bis in die Gegend der Regio subthalamica verfolgen lassen und ihre weitere Beziehung zur Medulla durch die Pedunculi gewinnen. *W. Lehmann-Stettin.*

Der Ursprung und die Bedeutung der Farbstoffe des Menschen, von Diesing-Berlin. (*Wien. klin. Rundsch.* 1909. Nr. 9.) D. neigt zu der Ansicht, dafs die Bildung des Farbstoffes in den chromogenen Zellen des Rete Malpighi geschieht, und nennt für die Entstehung der Hautfarbe drei Komponenten: die Grundfarbe, die Bräunung infolge der Sonnenstrahlen und das Rot des durch die Haut schimmernden Blutes. Die Hautpigmente stehen in ihrer chemischen Zusammensetzung den Ammoniakderivaten nahe; die Melanine enthalten Schwefel, die Hämosiderine Eisen. *Schourp-Danzig.*

Über Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut, von E. Meirowsky-Breslau. (*Beitr. f. Physiol. u. Pathol.* Festschrift Hermann, 1908. Ferd. Enke, Stuttgart.) In Reagenzgläser, welche zu zwei Drittel mit Wasser angefüllt waren, legte M. Hautstückchen und befestigte diese so mittels Korks, dafs das Hautstückchen gerade über der Oberfläche des Wassers stand. Das Röhrchen wurde in den Paraffinschrank gebracht, der auf eine Temperatur von 56° C eingestellt war; die Kontrollstückchen wurden auf Eis gehalten. Nach 1—2—3 Tagen zeigten nun die Hautstückchen im Paraffinschrank in einer grofsen Zahl von Versuchen eine intensive Schwarzfärbung, während die Kontrollstückchen auf Eis völlig unverändert blieben. Der schwarze Farbstoff erwies sich als echtes melanotisches Pigment, welches durch Wasserstoffsuperoxyd vollständig gebleicht wurde und sich den Mineralsäuren gegenüber ebenso verhielt wie das echte Melanin. M. fafst die Melaninbildung bei diesem „Paraffinschrankversuch“ als einen Fermentprozefs auf. *Schourp-Danzig.*

Über Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut, von E. Meirowsky-Köln. (*Frankfurter Zeitschr. f. Pathol.* 2. Bd., Heft 4.) Der Inhalt der Arbeit entpricht im wesentlichen dem in vorstehendem Artikel veröffentlichten. *Schourp-Danzig.*

Mikroskopische Technik.

Beiträge zur klinischen Mikroskopie und Mikrophotographie, von C. Posner und W. Scheffer-Berlin.

I. Untersuchungen über die Genitalsekrete des Mannes, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 6.) In diesem Demonstrationsvortrag (Abbildungen) werden Bilder von dem Prostatasekret u. a. bei durchfallendem Licht, Dunkelfeldbeleuchtung und polarisiertem Licht vergleichsweise vorgeführt. Die Lecithinkörner (bezw. Lipoidkörner nach Kaysserling) treten charakteristisch nur im Polarisationsmikroskop hervor. Von den Corpora amylacea besitzt ein Teil doppeltbrechende Eigenschaft und ist daher im polarisierten Licht sichtbar. Dieses würde nach Posner für seine frühere Ansicht sprechen, dafs die Corpora amylacea aus einer ursprünglich einfachen organischen Grundlage (nekrotische Zellen, geronnenes Eiweifs) in Verbindung mit „Lecithin“ (Lipoide) beständen.

Endlich vermag die Untersuchung mit dem Polarisationsmikroskop die Beobachtung der Barberioschen Spermareaktion zu beschleunigen und eindrucksvoller zu gestalten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bakteriologie.

Die Technik der Untersuchung auf Spirochaeta pallida bei Dunkelfeldbeleuchtung, von Williard J. Stone-Toledo. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 12.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Eine Verbesserung der Färbungsmethode der Spirochaetae pallidae in Geweben, von J. Yamamoto-Berlin. (*Centralbl. f. Allg. Pathol. usw.* Bd. 20, Nr. 4.) Y. giebt eine Modifikation von der von Ermengemschen Methode als geeignetstes Färbeverfahren für den Nachweis von Spirochäten in Geweben an. Er erwärmt das geschnittene Material in 10 ccm 5%iger Silbernitratlösung bei 37° C 48 Stunden lang und bringt es dann für 24 Stunden in eine Lösung von Acid. pyrogallic. 2,0, Acid. tannic. 1,0, Aqu. destill. ad 100,0. Dann wird das Material eine Stunde in Wasser gebracht und in prozentual steigendem Alkohol so lange liegen gelassen, bis es nicht mehr gefärbt ist. Danach folgt die Paraffin- oder Celloidineinbettung und das Schneiden. Zum Aufhellen des gefärbten Schnittes gebraucht Y. Origanumöl statt des Xylols. *Schourp-Danzig.*

Einige morphologische Eigenschaften der Spirochaeta pallida, von G. Ciuffo. (*Boll. d. soc. med. Pavia.* 28. Febr. 1908.) Verfasser beschreibt eingehend die Länge und Zahl der Windungen, die Beschaffenheit der Extremitäten und namentlich das auffallende Verhalten der Spirochäten zu den roten Blutkörperchen in den frischen und fixierten Präparaten. *Dalla Favera-Parma.*

Biologie des Sporotrichum Schenkii-Beurmanni, von Nicolás v. Greco. (*Argentina méd.* 8. August 1908.) Nach einigen botanischen Vorbemerkungen beschreibt Verfasser die Morphologie des Pilzes, die Kulturen auf künstlichen Nährböden, die biologischen Eigenschaften und die Klinik der Hautsporotrichose.

Dalla Favera-Parma.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Studien über den Stoffwechsel bei gewissen Hautkrankheiten, von James C. Johnston und Hans J. Schwartz-New York. (*New York med. Journ.* 13., 20. und 27. März 1909.) Diese Arbeit will in erster Linie den Zusammenhang zwischen Stoffwechselstörungen und einer Anzahl entzündlicher Dermatosen durch Urinuntersuchung feststellen und zweitens rationelle Wege gegen Rückfälle dieser Hautaffektionen finden. In 8 von den 21 untersuchten Fällen wurde eine geringe Menge Eiweifs im Urin gefunden, und zwar bei Erythema multiforme als Folge einer akuten Nephritis, häufiger aber in Verbindung mit chronischen Störungen (ein Fall von chronischer Urticaria, in zwei von fünf Fällen von Dermatitis herpetiformis, in einem der drei Prurigo-, in zwei akuten und einem chronischen der sieben Ekzemfälle). Indicanurie kam bei Patienten mit Blasenausschlag, speziell bei Dermatitis herpetiformis, fast konstant vor, aber auch bei Urticaria und Ekzema (akuten Anfällen). Im allgemeinen ergab sich bezüglich der Stickstoffausscheidung die Tatsache, dafs dieselbe am Beginn der akuten Anfälle wie bei Rückfällen chronischer Affektionen die gröfste Abweichung von der Norm zeigt. In den meisten, wenn auch nicht allen Fällen gingen diese Störungen auf geeignete Diät mit Heilung des Hautleidens zurück. Verfasser legen bei Blasen- und

Schuppenausschlägen Wert auf die Blutuntersuchung, da sie eine ungefähre Richtschnur bei Gefahr von Rückfällen gibt. Eosinophilie war in ausgesprochenem Maße bei bullösen Eruptionen vorhanden, in einem Falle von Prurigo ging sie unter Behandlung von 21 auf 2,6% zurück. Lymphocytosis kommt bei akuten Schuppenkrankheiten vor und beide gehen auf die Norm bei ausgesprochener Besserung, auch bevor die Eruption ganz verschwindet, zurück. Bezüglich der Therapie ergibt sich bei genannten Hautaffektionen als von großer Wichtigkeit Regelung der Diät und, mit Ausnahme von Magenstörungen mit Hyperacidität, Beschränkung, ja völliges Verbot der Fleischnahrung; frische Früchte und Gemüse sind besonders angezeigt. Medikamente haben bei Erythema und schuppenden Hautleiden nur den Zweck, die Elimination durch Darm, Nieren und Haut zu befördern. In manchen Fällen von Prurigo hatten Verfasser außer mit diesen Mitteln Erfolg mit Schilddrüsenextrakt, wobei aber stets äußere Mittel noch mitwirken müssen. Beschreibung der 21 Fälle mit Urin- und Blutbefund, die Fälle sind in folgende drei Gruppen: 1. Erythema, Urticaria, 2. Blasen- und 3. Schuppenkrankheiten eingeteilt. *Stern-München.*

Die symbiotische Wirkung der Epithelzellen der Haut auf die Epithelzellen der Nieren mit klinischer Studie, von Bernhard R. Le Roy-Athen (Ohio). (*New York med. Journ.* 27. März 1909.) Verfasser hatte an zwei Fällen die Beobachtung gemacht, daß die äußere Anwendung von mit Säure gemischten Bädern imstande ist, den zur Zeit saueren Urin in einen alkalischen zu verwandeln und daß ebenso die äußere Anwendung von Alkalien nach einem Bad den vorher alkalischen Urin in einen saueren verwandeln kann, wenn auch letztere Wirkung keine so ausgesprochene wie erstere ist. Als Säure wurde Schwefelsäure in entsprechender Konzentration, d. h. in nicht weniger als 3%iger Lösung, aber nicht so stark, daß Schmerzen oder Brennen entstanden, benutzt; wobei die erste Idee war, die am Körper vorhandenen Sporen tragenden Mikroorganismen zu töten. R. läßt nach dem „Säurebad" nicht nochmals mit Wasser abwaschen, sondern gestattet dem Patienten, die stimulierende Wirkung der Säure zu genießen; deren chemischer Einfluß auf die Zellen der Epidermis bringt Substanzen hervor, welche in den Körpersäften löslich sind, in den Blutkreislauf übergehen, die Nierenzellen erreichen und dieselben zu neuer Tätigkeit anregen, oder sie erzeugt die Substanz, welche die normale Wirkung in diesen eliminierenden Zellen hervorruft. Diese in den Epidermiszellen selbst liegende Funktion, welche durch entsprechende Bäder angeregt wird, möchte Le Roy zu weiterem Studium empfehlen. *Stern-München.*

Über Jodophilie der Leukocyten bei dermatologischen Affektionen, von G. Stümpke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Autor untersuchte eine Anzahl dermatologischer Affektionen auf das Vorkommen jodophiler Leukocyten und stellte außerdem von Fall zu Fall Blutuntersuchungen an. Für das Auftreten der jodophilen Substanz ist eine einheitliche Ursache nicht anzunehmen. Bei lokalen Prozessen betrachtet er als wesentliche ätiologische Faktoren die Schnelligkeit schädigenden Momentes beim Einsetzen. Beziehungen zum Infektionserreger scheinen nicht vorhanden zu sein, wie speziell die Befunde bei Lues lehren: Auf der einen Seite das Fehlen jodophiler Substanz in Eruptionen, die reichlich infektiöses Material enthalten, andererseits hochgradige Jodophilie in Bildungen der Tertiärperiode. Für das Zustandekommen einer intravaskulären Jodophilie kommen in Betracht toxisch-infektiöse Einflüsse, daneben thermische Einflüsse und starke Blutverluste. Differentialdiagnostische Anhaltspunkte bietet die Methode nicht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Affektionen der Mund- und Nasenhöhle, welche in Beziehung zu Hautkrankheiten stehen, von John A. Fordyce-New York. (*New York med. Journ.* 6. März 1909.) Die wichtigste der Hautkrankheiten — Ekzema — hat häufig als

Gegenpart Katarrh der Schleimhaut und der pathologische Prozefs ist bei beiden der gleiche, nämlich Hyperämie, Schwellung, Exsudat und Epithelabschuppung. Ätiologisch besteht eine weitere Verwandtschaft in lokaler Reizung und bezüglich der subjektiven Symptome ist zwischen Pruritus und Husten und Niesen, den Folgen von Katarrhen der Atemwege, eine Analogie gezogen worden. Den Beobachtungen von Brocq u. a., dafs katarrhalische Zustände der Haut abwechselnd mit jenen der Schleimhaut auftreten, kann F. auf Grund seiner Erfahrungen nicht beistimmen. In der dermatologischen Praxis kann man jedoch häufig beobachten, dafs ein katarrhalischer Zustand der Haut durch einen solchen der Schleimhaut und umgekehrt verursacht wird, wie man bei Ausflufs aus den Genitalien, Augen, Ohren, Nasen, häufig Ekzem der umgebenden Haut beobachtet. Impetigo contagiosa befällt häufig Schleimhaut der Nase und des Mundes und kann der Hauteruption vorhergehen, gleichzeitig mit oder nach derselben auftreten. Alle Arten von Pemphigus befallen die Schleimhäute, am häufigsten die des Mundes, Pemphigus vegetans sogar meist primär jene der Nase und des Kehlkopfes. How hat über eine Reihe Fälle von Dermatitis bullosa berichtet, die infolge Schutzpockenimpfung bei Erwachsenen auftrat und wo Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut befallen waren. Munderscheinungen sind zuweilen eine aufsergewöhnliche Begleitung bei Dermatitis herpetiformis und gehen oft mehrere Monate lang der Hautaffektion voraus, als Folge der letzteren sieht man zuweilen auch Dermatitis vegetans und Erosionen und Ulcerationen um Mund und Lippen. Herpes zoster befällt ausnahmsweise die Mundschleimhäute. Bei der Erythemagruppe der Hautkrankheiten und manchen damit verwandten Zuständen, Urticaria, manchen Arten von Purpura und gewissen Arzneiausschlägen können die Schleimhäute des Mundes, der Nase, der Respirations- und Verdauungswege an dem Krankheitsprozefs teilnehmen, letztere oft ziemlich schwerer Natur sein. Bei Erythema multiforme wird sehr häufig bullöser Typus an den Schleimhautflächen beobachtet. Epistaxis und Blutungen aus Nase und Kehlkopf, gefolgt von Erosionen und Ulcerationen sind häufig bei den schweren Formen von Purpura. Von den Arzneiexanthemen, welche die Schleimhäute mit befallen, kommen vor allem die durch Jod, Brom-Quecksilber, Belladonna, Chinin, Chloral, Kohlenteerprodukte, Balsamica hervorgerufenen in Betracht. Bei Dermatitis exfoliativa wurden vorübergehend weifse Flecken an Zunge und Mundschleimhaut beobachtet. Psoriasis der Schleimhaut wird als grofse Seltenheit angesehen (an den Genitalien und Lippen beschrieben). F. sah Lichen, verbunden mit Leukokeratosis des Mundes, welche jahrelang jeder Behandlung trotzt, und glaubt, dafs infolge der Mundkomplikation auch Kehlkopf-, Rachen-, Vaginal- und Magendarmschleimhaut befallen werden können. Lepra beginnt nach zahlreichen Berichten mit Rhinitis, Gangosa, eine Tropenkrankheit, besteht aus Ulceration der Nasenrachenschleimhaut, die von hier auf die Haut übergreift. Rhinoskleroma beginnt im allgemeinen in der Schleimhaut der vorderen Nase und der benachbarten Haut oder am Septum oder Oberlippe und geht dann auf Kehlkopf und Rachenschleimhaut über. Lupus erythematosus befällt die Schleimhäute entweder durch direkten Übergang vom Gesicht auf die Lippen oder kommt auch unabhängig von jeder Hauterscheinung im Mund, Rachen oder Kehlkopf vor. Lupus vulgaris beginnt in der Mehrzahl der Fälle primär in der Nasenschleimhaut, im allgemeinen zeigen etwa 70% der Lupusfälle Schleimhautkomplikationen und Perforationen des Nasenseptums sind hierbei nicht selten. Was nun die Leukoplakie der Mundschleimhaut und verwandte Zustände betrifft, so fand F. ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel darin, dafs er Stückchen der Schleimhaut exzidierte und mikroskopischer Untersuchung unterzog; dies ist von spezieller Wichtigkeit bei der Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Carcinom der Zunge und, da nicht selten letzteres auf syphi-

litischer Basis entsteht, ist es möglich, frühzeitig die Diagnose zu stellen. Im übrigen hat Verfasser in seiner Übersicht nicht das grofse Gebiet der syphilitischen Haut-Schleimhautübergänge einbezogen. *Stern-München.*

Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieser Affektionen, von Julius Ritter-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Von der Serumwirkung bei Erysipelbehandlung (Blutserum Meyer-Ruppels) sah Autor günstige Erfolge. 22 Kinder bekamen auf 10 kg Körpergewicht 20 ccm Serum injiziert und zeigten alle schon am zweiten Tage Rückgang der Krankheitserscheinungen.

19 Scharlachkranke, nur schwere, durch Streptokokkeninvasion komplizierte Fälle wurden mit Serum behandelt. Bei den 10 zur Heilung kommenden Fällen fand rasche Entfieberung statt. Es wird weitere Prüfung des Streptokokkenimmunserums angeregt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Schwere Septikämien im Laufe von Hautkrankheiten bei Kindern, von V. Hutinel und Lucien Rivet-Paris. (*Arch. de méd. des enf.* Jan. 1909.) Schwere, selbst tötliche Erscheinungen im Verlaufe von Ekzem oder Impetigo bei Kindern sind öfters beobachtet worden. In früheren Zeiten wurden dieselben der Behandlung zugeschrieben und der Gedanke ausgesprochen, dafs man von einer eingreifenden Behandlung bei Ekzem, oder von einer Behandlung überhaupt abzusehen habe. Neuere Untersuchungen haben dazu geführt, eine toxische, metastatische oder infektiöse Theorie aufzustellen, indem man annahm, dafs von den erkrankten Hautpartien giftige Stoffe oder Bakterien in den Kreislauf gelangen und zu schweren Symptomen Veranlassung geben können. Auch die Verfasser haben Gelegenheit gehabt im Krankenhause mehrere Fälle bei Kindern zu beobachten, wo die Patienten kurze Zeit nach der Aufnahme, meist nach wenigen Stunden, seltener nach Tagen, Hyperthermie bekamen und unter Erscheinungen von Herzschwäche starben. Nur bei den wenigsten gelang es, das tödliche Ende durch Bäder und andere Therapie abzuwenden. Die meisten dieser Kranken hatten wegen ihrer Hauterkrankung noch keinerlei Behandlung erhalten, es kann also auf die Lokaltherapie die Verschlimmerung des Allgemeinzustandes nicht zurückgeführt werden. Vielmehr haben kurz nach dem Tode vorgenommene Blutuntersuchungen die Anwesenheit von Streptokokken im Blute nachgewiesen und sind daher die Verfasser der Meinung, dafs es sich in derartigen Fällen um sekundäre, septische Krankenhausinfektionen, ausgehend von den entblöfsten ekzematösen Hautpartien, handle. Dafs diese Infektionen derart schwere Erkrankungen hervorrufen, würde möglicherweise durch die von Ch. Richet als Anaphylaxie bezeichnete Erscheinung zu erklären sein, derzufolge in gewissen Fällen ein Organismus, der einer Infektion oder Intoxikation ausgesetzt war, für dieselbe eine erhöhte Empfindlichkeit erwirbt, also das Gegenteil einer Immunisierung stattfindet.

Diese Erfahrungen zeigen also, dafs man hautkranken Kindern, namentlich in den Krankenhäusern besondere Aufmerksamkeit schenken mufs, dafs dieselben möglichst isoliert werden sollen, um sekundären Infektionen vorzubeugen. Die angewendeten Verbände müssen aseptisch sein und unter chirurgischen Kautelen angelegt werden.

E. Toff-Braila.

Weifse Lichenifikation des Nackens, von Nicolás v. Greco. (*Argentina med.* 20. Juni 1908.) Ein Mädchen, das von Pediculi capitis affiziert war, zeigte am Nacken, nebst reichlichen krustösen Auflagerungen und impetiginösen Pusteln, weifse akromatische Flecke, die zum Teil konfluierten, zum Teil in Streifen angeordnet waren.

Um den auffallenden Schwund des Pigmentes (der im Gegensatz zu anderen, die lichenoiden Hautaffektionen begleitenden, hyperkromatischen Prozessen steht) zu erklären, stellt Verfasser verschiedene Hypothesen auf: toxische Wirkung der Pediculi,

Einfluſs auf die Nervenendigungen, Zerstörung der Basalschicht und der Papillen durch das fortgesetzte Kratzen. *Dalla Favera-Parma.*

Klinische Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen Scabies, Phthiriasis des Körpers und Prurigo aus inneren Ursachen, von I. Saidac. (*Revista stiintzelor medicale.* 1908. Nr. 9/10.) Die klassischen Angaben, daſs man Krätze auf Grund vorhandener Milbengänge oder bei Mangel derselben an dem Bestehen eines polymorphen Ekzems an den bekannten Elektionsstellen diagnostizieren soll, können nur in wenigen Fällen als gültig angesehen werden. Die statistischen Erhebungen des Verfassers haben gezeigt, daſs man Milbengänge nur in 6% der Fälle findet, den polymorphen Hautausschlag an allen Elektionsstellen nur in 15%, Scabiesbläschen auf dem Penis nur in 20% und auf den Brustwarzen nur in 15% der untersuchten Fälle. Es folgt hieraus, daſs man auf Grund dieser Zeichen eine groſse Anzahl von Fällen nicht diagnostiziert hätte. Dies ist aber von groſser Wichtigkeit, falls es sich um solche Kranke handelt, die mit anderen gemeinschaftlich leben, wie dies bei Soldaten, Pensionszöglingen, Arbeitern u. a. der Fall ist. Hier tut eine rasche Diagnose, Isolierung und Behandlung, gefolgt von gründlicher Desinfektion der Kleider und des Bettzeuges not. Hierzu ist aber das beste Zeichen das Bestehen polymorpher Effloreszenzen an der vorderen Achselfalte, die man bei 39% der Fälle, also am häufigsten vorfindet. Ein weiteres charakteristisches Zeichen ist das kontagiöse Auftreten und der heftige Juckreiz, der hauptsächlich abends im Bette fühlbar wird. Bei Kleiderläusen findet man die Kratzeffekte hauptsächlich am Rücken, und zwar bei Männern im oberen Drittel, bei Frauen etwas tiefer unten, entsprechend den Hemdfalten. Für Prurigo ist charakteristisch das lange Bestehen und das Vorkommen der Kratzeffekte an der Beugeseite der Extremitäten, was bei Scabies nicht der Fall ist.

E. Toff-Braila.

Untersuchungen über hämolytische, eigenhemmende und komplementäre Eigenschaften des menschlichen Serums, von Hugo Hecht-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 8.) Untersuchungen an Kreibichs Klinik, deren Ergebnisse sind: 1. Von 325 Seren, die auf ihren Gehalt an natürlichen Hammelblutambozeptoren geprüft wurden, zeigten elf einen teilweisen Mangel. 2. Unter 200 Seren bestand dreimal eine Verminderung des natürlichen Komplements. 3. Normalerweise sind menschliche Sera imstande, die zehnfache Menge 2%igen Hammelbluts innerhalb einer Stunde zu lösen; die Ausnahmen betragen ungefähr 6%. 4. Damit erscheint die praktische Verwertbarkeit derjenigen Methoden der Komplementablenkung erwiesen, die mit den hämolytischen und komplementären Eigenschaften des Menschenserums rechnen. *W. Lehmann-Stettin.*

Beitrag zum Studium der Hämolysine und der Agglutinine der Staphylokokken in der Dermatologie, von M. Mantegazza. (*Ann. d'igiene sperim.* 1908. Nr. 1.) Es findet sich bekanntlich in den Kulturen und in den Filtraten der Staphylokokken ein Hämolysin, das die roten Blutkörperchen des Kaninchens löst. Verfasser hat aus zahlreichen eiternden Hauterkrankungen Staphylokokken gezüchtet und die Kulturen auf ihren Gehalt an Hämolysin geprüft. Es hat sich ergeben, daſs kein Verhältnis zwischen der Schwere der Krankheit und der hämolytischen Wirkung der pathogenen Staphylokokken bestand. Stark pathogene Staphylokokken erzeugten nicht selten gar kein Hämolysin.

Die Agglutinine können sowohl bei den gewöhnlich vorkommenden Staphylokokkeninfektionen des Menschen wie bei den experimentellen Infektionen des Kaninchens nachgewiesen werden, namentlich wenn die Erkrankung ziemlich schwer ist und zur Heilung neigt. Ein einziges Serum agglutiniert verschiedene Staphylokokkenstämme in ganz verschiedenem Grade. Die durch Passieren des Kaninchenkörpers hochvirulent

gewordenen Staphylokokken werden sensibler für die Agglutinine und können auch von sehr schwachen Seris agglutiniert werden. Selbst Sera von Lupuskranken können zuweilen solche hochvirulente Staphylokokken agglutinieren.

Dalla Favera-Parma.

Die Anwendung der Stauungshyperämie bei einigen venerischen und Hautkrankheiten, von U. Mantegazza. (*Corr. Sanit.* 1908. Nr. 9.) Die Untersuchungen, die Verfasser über die Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier angestellt hat, beziehen sich auf ein mannigfaltiges Material.

Bei ulcerösem Lupus konnte durch die Stauung in auffallend kurzer Zeit die Vernarbung erzielt werden; es blieben aber die lupösen Infiltrate unverändert zurück. Das nach der Stauung entnommene Granulationsgewebe erwies sich bei Tierimpfung noch virulent. Weit günstiger wirkte die Stauung auf die sogenannten Tuberkulide (Erythema induratum, papulo-nekrotisches Tuberkulid); das ist vielleicht auf eine gewisse ihnen anhaftende Gutartigkeit zurückzuführen. Die Stauung ist ferner nützlich bei chronischen Unterschenkelgeschwüren und Hautdefekten. Sie kann aber die Psoriasiseffloreszenzen in keiner Weise beeinflussen, schadet bei akutem und subakutem Ekzem, während sie bei chronischem Ekzem die Resorption des Infiltrates begünstigt.

Glänzende Erfolge hatte Mantegazza bei der Behandlung der Epididymitis blennorrhoica zu verzeichnen; der Schmerz läßt kurz nach Anlegung der Stauung nach, die Resorption wird beschleunigt. Bei Arthritis blennorrhoica verschwindet der Schmerz, jedoch die Aufsaugung des intraartikulären Exsudates geht langsam vor sich. Auch bei der Behandlung von venerischen Bubonen erwies sich die Stauung sehr nützlich, indem sie die Schmerzen stillt und die eitrige Schmelzung begünstigt; der Eiter war bakterienfrei. *Dalla Favera-Parma.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Wrights Vaccinetherapie, Mitteilung von Fällen, von L. W. Ladd und H. C. Russ-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* März 1909.) Es wurden 28 Fälle hartnäckiger Akne behandelt, und zwar mit einer Kombination von Bacillus Acnei- und Staphylococcus albus-Vaccine; sechs Fälle wurden geheilt, neun beträchtlich gebessert, zwei blieben unverändert, die übrigen kommen wegen unregelmäßigen Besuches nicht in Betracht. Von Furunkulose wurden sieben Fälle mit Staphylococcus aureus-Vaccine mit außerordentlich günstigem Resultate behandelt. In elf Fällen von blennorrhoischer Arthritis, wo die Stockvaccine des Gonococcus angewandt wurde, war sowohl bei den Verfassern wie anderen Ärzten, welche die Fälle mit verfolgten, der Eindruck der, daß die Besserung rascher mit Vaccinebehandlung als ohne diese eintrat. In mehreren Fällen von Urethritis posterior, wo die Patienten Gefühl von Hitze und Unbehagen hatten, verschwanden diese subjektiven Symptome auf Anwendung von Gonococcusvaccine, wiewohl die Fäden im Urin bestehen blieben. In zwei von drei Fällen blennorrhoischer Vaginitis bei Kindern hörte auf die Vaccinebehandlung der Ausfluß rasch auf, im dritten Falle wurde nur Besserung, keine Heilung konstatiert. *Stern-München.*

Die Impfung von Bakterienvaccine als praktische Behandlungsmethode bakterieller Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung von Gonokokkeninfektionen, von Eugene R. Withmore. (*The Philippine Journ. of science.* 1908. Nr. 5.) Empfehlung der Opsoninbehandlung im allgemeinen und besonders bei blennorrhoischer Arthritis und Epididymitis sowie blennorrhoischer Conjunctivitis. *Schourp-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. | №. 3. | 1. August 1909.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Zur Chemie der Haut.
IV.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Mit einer Farbentafel.

Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen.

In unserer letzten Abhandlung[1] haben wir das Reduktionsvermögen der Hautelemente studiert und durch Anwendung geeigneter Färbungsmethoden gezeigt, daſs sich die Bestandteile der Haut durch eine verschieden starke Reduktionskraft unterscheiden.

Die Stoffe, die wir zu diesen Reduktionsversuchen benutzt haben, waren:

1. Kaliumpermanganat.
2. Ferricyankalium + Eisenchlorid.
3. Tetranitrochrysophansäure.

Die Reduktion äuſserte sich in dem Auftreten einer braunen (Manganbild), blauen (Eisenbild) und roten (Chrysophanbild) Färbung der reduzierenden Elemente.

Wenn das mikroskopische Bild bei diesen drei Methoden trotz des gleichen Färbungsprinzips nicht immer das gleiche war, so lag dies, wie wir es dort ausführlich dargetan haben, an dem Hinzukommen anderweitiger Momente, die dabei ebenfalls eine Rolle spielen (Alkaleszenz oder Acidität der Substrate und der Agentien usw.).

Diesen Reduktionsfärbungen wollen wir nun Reaktionsfärbungen gegenüberstellen, die dadurch zustande kommen, daſs die Hautschnitte nacheinander mit zwei Substanzen behandelt werden, die zusammen eine gefärbte Verbindung bilden. Die Reaktionsfärbung zerfällt in zwei Ab-

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 46, 47, 48.

schnitte. Im ersten findet eine Reaktion einer der Substanzen mit einem Teil der Hautelemente statt; es kommt zu einer Auslese unter denselben, die aber noch nicht durch eine spezifische Färbung kenntlich wird. Im zweiten Abschnitt der Färbung erfolgt eine Reaktion der zweiten Substanz mit der ersten, wobei die Orte der Auslese, durch eine spezifische Färbung sichtbar gemacht, deutlich hervortreten.

Als solche Substanzen haben wir einerseits Eisenoxydsalze, andererseits Tannin, Pyrogallol und Schwefelammonium benutzt. Es hat sich gezeigt, daſs Eisenchlorid gewisse Hautelemente in verschieden starkem Grade in Beschlag nimmt, indem es mit denselben lockere chemische Verbindungen eingeht. Jede dieser Vereinigungen zwischen Eiweiſs und Eisen gestattet nun noch eine weitere Verbindung mit einem Gliede der zweiten Gruppe (Tannin, Pyrogallol, Schwefelammonium). Hierdurch entstehen die spezifischen Färbungen, welche uns anzeigen, von welchem Hautelemente das Eisenchlorid festgehalten wird.

Daſs diese Färbungen nur durch die Auslese des Eisenchlorids unter den Hautelementen bestimmt werden, geht schlagend daraus hervor, daſs gar keine Färbung der Schnitte eintritt, wenn man dieselben zuerst in eine Lösung von Pyrogallol oder Schwefelammonium bringt, auswäscht und dann mit Eisenchlorid behandelt. Es tritt deshalb keine Färbung ein, weil weder Pyrogallol noch Schwefelammonium vom Gewebe festgehalten werden.

Anders ist es allerdings beim Tannin. Auch dieses wird in analoger Weise wie das Eisenchlorid von einigen Bestandteilen des Gewebes gebunden und verleiht dem Schnitte bei darauffolgender Behandlung mit Eisenchlorid daher ebenfalls eine Färbung. Aber diese Färbung fällt ganz anders aus, als wenn man zuerst Eisenchlorid und dann Tannin anwendet. Verfährt man daher mit Eisenchlorid und Tannin so, daſs einmal zuerst Eisenchlorid und dann Tannin, ein anderes Mal zuerst Tannin und dann Eisenchlorid mit dem Gewebe in Berührung gebracht werden, so ergeben sich unter diesen anscheinend gleichen Umständen Bilder, die sich im groſsen und ganzen beinahe wie ein Positiv zu einem Negativ verhalten (vgl. Fig. 1 und Fig. 3).

Hiernach haben wir es mit vier verschiedenen Eisenchloridbildern der Haut zu tun:

1. Erst Eisenchlorid, dann Tannin.
2. Erst Eisenchlorid, dann Pyrogallol.
3. Erst Eisenchlorid, dann Schwefelammonium.
4. Erst Tannin, dann Eisenchlorid.

* * *

In der Histologie der Haut ist das Eisenchlorid in diesen Kombinationen noch nicht angewendet worden. Zwar ist der Gedanke, Gewebe von Tieren und Pflanzen mit Eisenverbindungen in Kombination mit anderen Substanzen zu färben, nicht neu. Der Franzose POLAILLON[2] verwandte bereits 1866 das Eisenchlorid zusammen mit Gerbsäure zur Differenzierung peripherischer Ganglienknoten. Nur die nervösen Elemente, nicht die bindegewebigen wurden hierbei geschwärzt.

FOL[3] benutzte ebenfalls Eisenchlorid und setzte dem Entwässerungsalkohol eine Spur Gallussäure zu, um den Bau der mit Eisenchlorid fixierten Objekte besser hervortreten zu lassen.

KRAUSE[4] färbte die Kerne der Retina durch Fixation mit 1%igem Ferrichlorid und Nachbehandlung mit 2%iger Gerb- oder Pyrogallussäurelösung.

BÜTTNER[5] verwandte umgekehrt Eisensalze zum Nachweis von Tannin in pflanzlichen Geweben.

ACHARD und AYNAUD[6] gelang es, die Kittlinien zwischen den Endothelien der serösen Häute dadurch deutlich zu machen, dafs sie das Gewebe in eine 1%ige Lösung von Tannin und dann in eine 1/4%ige Eisensulfatlösung brachten.

Eine systematische Bearbeitung der Beziehungen von Eisensalzen zu den einzelnen Bestandteilen des tierischen Gewebes hat sich an diese sporadischen Einzeluntersuchungen bisher nicht angeschlossen; besonders fehlte noch eine Bearbeitung der Beziehungen der Hautelemente zum Eisen. Nach unseren früheren Untersuchungen mit Eisenverbindungen schien uns aber gerade eine solche für das chemische Studium der Hautelemente ersprießlich werden zu können.

* * *

Im folgenden geben wir zunächst die histologischen Resultate der genannten vier Eisenmethoden. Dieselben beziehen sich sämtlich auf Schnitte von der Fufssohlenhaut, wobei die Stücke teils der mittleren, elastischen Partie derselben, teils der harten, unelastischen Haut der Fufsballen und Hacke entnommen wurden. Schwielige Stellen wurden — als pathologisch verändert — zu dieser Untersuchung nicht herangezogen. Die Stücke wurden stets in Alkohol fixiert und in Celloidin eingebettet.

I. Eisen—Tannin-Methode (s. Fig. 1).

1. Liq. ferri sesquichlorati (konz.) 5 Sekunden.
2. In Leitungswasser abspülen.
3. 30%ige Tanninlösung 5 Sekunden.
4. In Leitungswasser 1/2—1 Stunde (neues Schälchen) oder länger abspülen, doch höchstens 6 Stunden (in einem dritten Schälchen).[7]
5. Alkohol, Öl, Balsam.

---

[2] *Journ. de l'Anat. Phys.* 3. Jahrgang. 1866.

[3] *Zeitschr. wiss. Zoologie* Bd. 38 und Lehrbuch S. 102.

[4] *Int. Mon. Anat. Phys.* Bd. 1. 1884.

[5] Inaug.-Dissert. Erlangen 1890.

[6] Comptes rendues Soc. Biolog. Paris 1906.

[7] Da bei diesen Eisenmethoden die beiden Reagentien durchaus getrennt an das Gewebe herantreten müssen, ist zum Spülen jedesmal frisches Wasser in neuen Schälchen zu benutzen.

Während die Schnitte aus der Tanninlösung zunächst schwarzblau herauskommen, werden sie, je länger sie in gewöhnlichem Wasser liegen (in destilliertem Wasser weniger gut), um so röter getönt.

Die Hornschicht (h) ist im allgemeinen braunrot, enthält jedoch in der Umgebung der Schweißporen eine individuell wechselnde Menge fast farbloser Zellen (s), teils einzeln, teils in Gruppen eingesprengt. Untermischt mit den an Masse fast immer überwiegenden braunroten Hornzellen (a) finden sich — ebenfalls in individuell verschiedener Menge und Anordnung — blauviolette Hornzellen (h). Wo die letzteren in sehr großer Menge vorhanden sind, ist es schwierig, über die Art ihrer Verteilung ins Klare zu kommen. Sind sie dagegen — wie gewöhnlich — in mäßiger Menge vorhanden, so häufen sie sich lediglich an ihren Prädilektionsorten an und man kann sodann einen regelmäßigen, topographischen Gegensatz zwischen ihnen und den braunroten Zellen erkennen. Wenn nämlich die Schnitte, genau senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geführt, einen regelmäßigen Wechsel von Wellenbergen und -tälern zeigen, häufen sich die blauvioletten Zellen in den Tälern an, die roten in der Gegend der Berge (vgl. Fig. 1). Diese Differenz zwischen rotbraunen und blauvioletten Zellen beginnt bereits in der Körnerschicht und ist in der basalen Hornschicht vollkommen ausgebildet. Das Keratohyalin erscheint in blauvioletter Farbe.

Die Zellen der Stachelschicht sind rotbraun gefärbt, etwas bräunlicher als die braunroten Hornzellen; ihre Kerne (k) heben sich als farblose Lücken scharf ab. Das Kollagen der Cutis ist fast farblos mit einem leichten Stich ins Bräunliche, die Drüsen und Gefäße der Cutis sind wie die Stachelschicht gefärbt.

Im großen und ganzen kann man diese Eisenfärbung als eine reine Protoplasmafärbung bezeichnen, die die Eigentümlichkeit besitzt, einem Teile der Hornschicht eine blauviolette Kontrastfarbe zu erteilen.

II. Eisen—Pyrogallol-Methode (s. Fig. 2).

1. Liq. ferri sesquichlorati 5 Sekunden.
2. In Leitungswasser kurz abspülen.
3. 5%ige Pyrogallollösung[8] 10 Sekunden.
4. In Leitungswasser 10 Minuten. abspülen.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Die Hornschicht ist im allgemeinen dunkelgrau gefärbt mit einem leichten Stich ins Violette. Die Membranen der Hornzellen treten etwas stärker gefärbt hervor, so daß die ganze Hornschicht das Aussehen eines Netzes erhält. Die farblosen Zellen der Hornschicht (s), welche um die

[8] Acidum gallicum verhält sich wie Pyrogallol nach Färbungsart und Farbenton.

Schweifsporen gruppiert sind, heben sich bei dieser Eisenmethode von den übrigen Hornzellen besonders gut ab. Die Keratohyalinkörner sind schwarz (ke), die ganzen Körnerzellen aber etwas violetter gefärbt als die Hornzellen. Dadurch tritt die Körnerschicht als Ganzes zwischen Hornschicht und Stachelschicht stark hervor, auch dort, wo sie sich an den Schweifsporen hinab in die Stachelschicht fortsetzt (ke'). Die Stachelschicht ist wie die Hornschicht gefärbt; auch hier sind die Zellgrenzen auffallend deutlich, wenn auch nicht so dunkel wie in der Hornschicht, während sich die Kerne — die hier nicht wie bei der ersten Eisenmethode ungefärbt sind — kaum merklich durch stärkere Färbung vom Protoplasma abheben. Das Kollagen der Cutis ist nur schwach grau gefärbt; Drüsen und Gefäfse, etwas dunkler blaugrau, sind nur schwach angedeutet.

Bei dieser Färbung spielt eine Differenz unter den gefärbten Hornzellen — wie bei der ersten Eisenmethode — keine Rolle. Dagegen treten die ungefärbten Hornzellen besonders deutlich hervor. Aufserdem zeichnet die Methode die Membranen der Hornzellen und das Keratohyalin durch stärkere Färbung aus.

III. Eisen—Schwefel-Methode.

1. Liq. ferri sesquichlorati 5 Sekunden.
2. In Leitungswasser kurz abspülen.
3. Schwefelammoniumlösung[9] 5 Sekunden.
4. In Leitungswasser 10 Minuten abspülen.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Das mikroskopische Bild ist ein genaues Pendant des vorigen, nur in anderer Farbennuance, indem die Färbung statt blaugrau graugrün ausfällt. In stark grüner Farbe tritt die Körnerschicht hervor und die Kerne heben sich — noch stärker gefärbt als bei der Eisen-Pyrogallolmethode — in der Stachelschicht und Cutis deutlich ab.

IV. Tannin—Eisen-Methode (s. Fig. 3).

1. 30%ige Tanninlösung 5 Sekunden.
2. In Leitungswasser kurz abspülen.
3. Liq. ferri sesquichlorati 5 Sekunden.
4. In Leitungswasser 10 Minuten abspülen.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Die Hornschicht (h) ist fast ungefärbt mit einem leichten Stich ins Rötlichgraue. Die Zellen der Schweifsporenwandung (sch) sind zum Teil braun gefärbt, ebenso vereinzelte Zellen an Stelle der Wellentäler. Diese

---

[9] Das Schwefelammonium ist nicht durch Schwefelwasserstoff zu ersetzen, da letzterer Ferrisalzlösungen nicht fällt.

letzteren sind in individuell sehr verschiedener Menge vorhanden, nur selten so zahlreich wie in der Abbildung Fig. 3, und oft fehlen sie gänzlich.

Die Cutis (c) ist durchweg blauschwarz gefärbt, so dafs man keine Einzelheiten in derselben erkennen kann. Auch die Stachelschicht und Körnerschicht (kh) nehmen an dieser tiefen blauschwarzen Färbung teil, so dafs sie mit dem Papillarkörper verschmelzen.

Das Neue an dieser Eisenmethode ist der ungemein scharfe Kontrast zwischen dem fast farblosen Verhornten und dem fast tintenschwarzen Unverhornten (Stachelschicht und Cutis). Auf die vereinzelten braunen Zellen in der Hornschicht soll im folgenden nicht näher eingegangen werden, da sie nicht konstant sind und meistens nur spärlich vorkommen.

Die hier geschilderten Färbungen werden sicher durch das Eisenchlorid (Ferrisalz) als solches hervorgebracht, wobei sich letzteres auch nicht etwa während des Färbeprozesses durch die reduzierende Kraft des Gewebes in das Oxydulsalz (Ferroverbindung) umwandelt.[10] Dies geht unzweifelhaft schon daraus hervor, dafs Ferrosulfat und Tannin, in derselben Weise nacheinander angewandt, keine Färbung hervorzubringen vermögen. Gibt doch auch die Lösung eines Ferrosalzes mit einer Lösung von Tannin im Reagensglase keine Schwärzung.

Unsere Untersuchungen haben des weiteren ergeben, dafs Eisenoxydulsalze überhaupt nicht vom Gewebe gebunden werden. Bekanntlich fällt Schwefelammonium Lösungen eines Eisenoxydulsalzes, indem sofort ein schwarzer Niederschlag entsteht. Behandelt man aber Schnitte mit einem Eisenoxydulsalz, z. B. Ferrosulfat, wäscht dieselben dann gut aus und taucht sie in Schwefelammonium, so entsteht überhaupt keine Färbung der Schnitte, zum Zeichen, dafs das Oxydulsalz vom Gewebe gar nicht festgehalten wird.

Wir haben aber in noch direkterer Weise feststellen können, dafs Eisenchlorid überhaupt nicht durch den Einflufs der sonst reduzierenden Eiweifsstoffe der Gewebe reduziert werden kann. Bringt man eine Lösung von Phosphormolybdänsäure mit einer solchen eines Ferrosalzes zusammen, so entsteht eine intensiv dunkelgrüne Mischung. Dagegen ergibt eine Mischung von Phosphormolybdänsäure mit einem Ferrisalz keine Färbung. Wenn also Hautschnitte das Ferrisalz zu einem Ferrosalz reduzieren würden, so müfsten die Schnitte in dieser Mischung grün gefärbt werden, wie wir eine derartige Erscheinung bei den Reduktionsfärbungen gesehen haben. Das ist aber durchaus nicht der Fall und wir können daraus schliefsen, dafs das Eisenchlorid durch die Eiweifssubstanzen der Haut nicht reduzierbar ist und mithin als solches in das Gewebe eintritt. Wir haben es daher bei den hier berichteten Färbungen, wie wir schon einleitend bemerkt haben, nicht mit Reduktionsfärbungen, sondern mit Reaktionsfärbungen zu tun.

Das zunächst in die Augen fallende Ergebnis der Eisenfärbungen ist die aufserordentliche Verschiedenheit zwischen Oberhaut und Cutis in ihrem Verhältnis zum Eisenchlorid einerseits, zum Tannin andererseits. Es findet hier geradezu ein Ausschliefsungsverhältnis und eine genaue

---

[10] Wir erinnern daran, dafs bei unserer Reduktionsfärbung mit Eisensalzen (siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909, Bd. 48, S. 149 und 195) in der Mischung von Eisenchlorid und Ferricyankalium auch nicht das Eisenchlorid, sondern das leicht reduzierbare Ferricyankalium zu einem Ferrosalz reduziert wird.

Ergänzung statt; wo in der Haut die Affinität zum Eisenchlorid aufhört, da fängt die zum Tannin an (vgl. Fig. 1 und Fig. 3).

Die letztgenannte Tatsache kann allerdings kaum überraschend genannt werden, denn schon dem Laien ist bekannt, daſs die Lederhaut, die ja daher ihren Namen hat, durch Gerbsäure in spezifischer Weise verändert, „gegerbt" wird. Und jeder Gerber weiſs, daſs er vor der Gerbung durch bestimmte Prozeduren erst die Oberhaut entfernen muſs, da diese sich nicht gerben läſst. Weniger bekannt ist es aber, daſs Eisenchlorid nur die Oberhaut, nicht die Cutis angreift und es ist daher schon dermatologischerseits und im Anschluſs an den Gebrauch der Tinte als Hausmittel bei Verbrennungen der Rat gegeben worden, dort, wo eine Gerbung der Oberhaut erwünscht ist, sich nicht auf die Gerbsäure zu verlassen, sondern Eisenchlorid und Gerbsäure zusammen zu verwenden.[11]

Immerhin bleibt es merkwürdig, daſs diese Verhältnisse bisher, soviel wir wissen, nie zur tinktoriellen Differenzierung der Hautelemente benutzt worden sind.

Inmitten dieser beiden Extreme (Oberhaut und Cutis) steht nun das Keratohyalin, welches sowohl Eisenchlorid wie Tannin festhält und sich daher durch beide verschiedene Sequenzen gefärbt darstellen läſst. Ganz besonders ist aber die starke Affinität des Keratohyalins zum Eisenchlorid hervorzuheben. Die Folgen: Eisenchlorid—Tannin, Eisenchlorid—Pyrogallol, Eisenchlorid—Schwefelammonium ergeben so scharfe Keratohyalinbilder wie sonst nur Hämateïn. Daſs auch Tannin vom Keratohyalin fixiert wird, stimmt in befriedigender Weise mit der neueren These von Gavazzeni[12] überein, nach welcher im Keratohyalin zwei sehr differente Eiweiſsstoffe verbunden vorliegen.

Die Bindung des Eisenchlorids durch die Hornschicht und die darauf sich gründenden Färbungen durch sekundäre Behandlung mit Tannin, Pyrogallol und Schwefelammonium haben nun aber weiter zu der sicheren Erkenntnis geführt, daſs unter den Hornzellen (der Fuſssohle und Hohlhand) konstante Verschiedenheiten obwalten. Ganz neu ist auch diese Tatsache nicht. Behn hat schon vor längerer Zeit darauf aufmerksam gemacht, daſs bei der Osmierung ein Teil der Hornzellen braun, ein anderer grün wird. Rausch[13] zeigte dann aber vor allem, daſs

[11] „Die Gerbsäure wirkt auf das Keratin der Oberhaut weder ätzend, noch gerbend, noch adstringierend, auſser, wenn sie — als Tinte — mit Eisensalzen gleichzeitig zur Anwendung kommt; ihr Gebrauch in Form von Salben und Pomaden dürfte daher wohl etwas eingeschränkt werden, wenn diese Erkenntnis sich Bahn bricht." (Unna, „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten." Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1899, S. 827.)

[12] Gavazzeni, „Trichohyalin". *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908, Bd. 47, S. 229.

[13] Rausch, Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897, Bd. 24, S. 65.

mittelst polychromer Methylenblaulösung und nachfolgender roter Blutlaugensalzbeize konstant zwei Arten von Hornzellen sich unterscheiden lassen, die nach Färbung und Oberflächenrelief verschieden sind. Zu diesen Differenzen gesellen sich nun die oben besprochenen, welche geeignet sein dürften, uns etwas näher in die Histochemie der Hornzellen einzuführen.

Zunächst kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, daſs innerhalb der dicken Hornschicht von Fuſssohle und Hohlhand eigentümlich inhaltsarme Hornzellen vorkommen, die wir geradezu als hohle Zellen bezeichnen müssen, da sie mit keiner der diametral entgegengesetzten Färbungssequenzen (Eisen—Tannin, Tannin—Eisen) einen gefärbten Inhalt erkennen lassen. Sie machen genau den Eindruck bei diesen Färbungen wie sonst die Hornzellen nach gelungener Verdauung des Inhaltes. Da sie topographisch eine konstante Beziehung zu den Schweiſsporen erkennen lassen und im Umkreise um dieselben angehäuft sind, so liegt es nahe, sie für Hornzellen zu halten, die sekundär durch Schweiſs (oder einen bestimmten Anteil des Schweiſses) verändert, ausgelaugt sind. Jedenfalls sind es die an nicht verhorntem Eiweiſs ärmsten Hornzellen, die es normalerweise gibt. Ihrer topographischen Beziehung zu den Schweiſsporen wegen mögen sie vorderhand: „Schweiſszellen" (s. Figg. 1, 2, 4) genannt werden. Sie treten natürlich am besten auf solchen Schnitten in ihrer Lagerung hervor, welche senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geschnitten sind und auf jedem Schnitte mehrere längsgetroffene Schweiſsporen zeigen, die diese Zellen dann in vertikalen Streifen begleiten. Sie finden sich sowohl in der weichen, elastischen Hornschicht des Fuſssohlenzentrums wie in der harten, unelastischen Horndecke der Fuſsballen und Hacken, aber stets in individuell sehr verschiedener Menge.

Nun treten aber auch unter den soliden, vollen Hornzellen neben den braunroten bei der Eisen—Tannin-Methode noch blauviolett gefärbte Zellen auf, deren Deutung einigermaſsen schwierig ist. Diese lassen nicht — wie die „Schweiſszellen" — in ihrer Lagerung irgendeine Beziehung zu den Schweiſsporen erkennen, sondern sind in mehr oder weniger groſser Anzahl über die ganze Hornschicht zerstreut; ja, eine genaue Durchmusterung feiner Schnitte zeigt, daſs sie bereits in der basalen Hornschicht eingestreut vorkommen und offenbar bereits in der Körnerschicht different von den roten Zellen angelegt sind. An Schnitten, welche, senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geschnitten und zugleich an diesen blauvioletten Zellen nur mäſsig reich sind, erkennt man, daſs sie sich hauptsächlich in den talähnlichen Einsenkungen der Hornschicht anhäufen (b), während die bergähnlichen Erhebungen, die den darunter liegenden Papillenreihen entsprechen, hauptsächlich von den braunrot gefärbten Hornzellen (a) eingenommen werden.

Es handelt sich also offenbar bei diesen braunroten und blauvioletten Zellen der Eisen—Tannin-Methode um ursprüngliche, fundamentale Unterschiede der Hornzellen, die nur unter der Annahme einer ursprünglichen chemischen Differenz der verhornenden Oberhautzellen verständlich werden. Diese Annahme einer durchgehenden Rassenverschiedenheit unter den anscheinend so gleichartigen und einfach gebauten Hornzellen hatte natürlich auch für uns solange etwas Unbehagliches, bis wir uns erinnerten, daſs die Wissenschaft schon einmal auf eine solche paradoxe Zwiespältigkeit der Hornzellen gestoſsen ist, nämlich bei dem Befunde der blauen und roten Hornzellen der Rauschschen Methode. Auch diese ist bis jetzt noch ebenso rätselhaft wie die von uns gefundene Doppelfärbung bei der Eisen—Tannin-Methode.

Bei dieser Sachlage kam es zunächst darauf an, an Schnitten desselben Hautstückes den Farbengegensatz der einen Methode mit dem der anderen genau zu vergleichen. Dazu muſste die bisher nur auf Hornbrei angewandte Methode von Rausch der Schnittfärbung angepaſst werden. Wir verfuhren folgendermaſsen:

Färbung von Hautschnitten nach Rausch (s. Fig. 4).

1. Polychrome Methylenblaulösung 1/2 Minute.
2. Abspülen in mit Essigsäure angesäuertem Wasser 1 Minute.
3. Kurz abspülen in Leitungswasser.
4. 1 %ige Lösung von rotem Blutlaugensalz, 2 Minuten.
5. Abspülen in angesäuertem Wasser.
6. Kurz abspülen in Leitungswasser.
7. Alkohol, Öl, Balsam.

Die Hornschicht zeigt ganz analoge Farbendifferenzen wie der nach Rausch gefärbte Hornbrei, d. h. einen Wechsel von roten und violetten Zellen. Die ersteren nehmen die Wellentäler (h) ein, die letzteren die Wellenberge (a). Die Membranen der Hornzellen sind im allgemeinen blaſsrot gefärbt; stärker rot sind die Wandungszellen der Schweiſsporen. Die farblosen Hornzellen (s) um die Schweiſsporen der Eisen—Tannin- und Eisen—Pyrogallol-Methode erscheinen auch hier als sehr schwach rosa gefärbte Zellen, an denen man bei stärkerer Vergröſserung ein schönes dunkelviolettes Punktrelief wahrnimmt. In der bläulich gefärbten Stachelschicht treten die Kerne (k) dunkelblau hervor; ebenso in der rosa gefärbten Cutis die Drüsen und Gefäſse hellblau, die Kerne dunkelblau.

Es zeigt sich also ganz klar, daſs die blauviolett gefärbten Zellen der Eisen—Tannin-Methode den rot gefärbten Zellen entsprechen, die bei der Methode von Rausch auftreten, indem sie beide ihren Hauptsitz in den Wellentälern der Hornschicht aufschlagen. Umgekehrt entsprechen

die rotbraun gefärbten Hornzellen der Eisen—Tannin-Methode in ihrer Lagerung genau den nach Rausch violett gefärbten.

Wenn sich nun auch die Farbengegensätze beider Methoden zur Deckung bringen lassen, so ist damit zunächst noch keine Förderung des Problems gegeben, keine Antwort auf die Frage, welche chemische Differenz hier vorliegt. Eine solche aber können wir erhalten, wenn wir die jetzt chemisch rein zu erhaltenden Bestandteile der Hornschicht: Keratin A, Keratin B und die Hornalbumosen denselben beiden Färbemethoden unterwerfen und die Resultate der Substanzfärbung einerseits, der Schnittfärbung andererseits miteinander vergleichen.

Zu diesem Zwecke werden die drei trockenen, pulverförmigen Substanzen möglichst fein zerrieben, so dafs die entstehenden feinen Partikelchen sich einigermafsen gut mit den entsprechenden Substanzen vergleichen lassen, wie sie uns in feinster Verteilung innerhalb der Hautschnitte entgegentreten. Diese Pulver werden in flüssiges Celloidin eingetragen und aus diesem nach dem Erstarren schnittfähige Blöcke geformt.

I. Eisen—Tannin-Methode (s. Figg. 5, 6, 7).

Durch diese wird das Celloidin (c) blafs fleischrötlich gefärbt, während Keratin A (KA, Fig. 5) und Keratin B (KB, Fig. 6) dunkelviolett tingiert werden. Diese beiden Hornsubstanzen unterscheiden sich untereinander etwas im Aussehen, da die härteren Partikel von Keratin A zackige, die weicheren von Keratin B abgerundete Konturen aufweisen; auch kleben die letzteren mehr aneinander. Sehr verschieden von den Keratinen färben sich die Hornalbumosen (ha, Fig. 7), nämlich rotbraun. Da dieselben noch weicher und zerreiblicher sind als Keratin B, so erscheinen hier neben rundlich zusammenfliefsenden Ballen noch viel kleinere, staubfeine Körnchen. Die hellrötliche Färbung des Celloidins erinnert in ihrem Gegensatz gegen die violetten Keratine und braunen Albumosen an die helle Färbung der Cutis (Fig. 1) in ihrem Gegensatz zur tiefgefärbten Oberhaut.

II. Tannin—Eisen-Methode (s. Figg. 8, 9, 10).

Bei dieser Methode nimmt das Celloidin (c) eine ähnliche grauschwarze Färbung an wie die Cutis und Stachelschicht in Fig. 3. Die beiden Keratine sind dagegen blafsrötlich gefärbt oder ganz farblos, während die Hornalbumosen eine schwache rötlichgraue Färbung zeigen. Der Kontrast zwischen den stark verschieden gefärbten Hornsubstanzen und Albumosen bei der Eisen—Tannin-Methode einerseits und denselben schwach und gleichmäfsig gefärbten Substanzen bei der Tannin—Eisen-Methode andererseits ist höchst auffallend und entspricht den analogen Färbungen der Schnitte in Fig. 1 und Fig. 3.

III. Methode nach Rausch (s. Figg. 11, 12, 13).

Hier nimmt das Celloidin (c) eine dunkelblaue Färbung an, während Keratin A sich hellrot, Keratin B ebenso, aber noch etwas stärker, färbt und die Hornalbumosen im Gegensatz dazu eine bläuliche Färbung aufweisen.

Diese vergleichenden Untersuchungen der Reaktionsfärbungen an Hautschnitten einerseits, den isolierten Hautanteilen andererseits machen es sehr wahrscheinlich, daſs die bei der Eisen—Tannin-Methode blauvioletten Hornzellen wesentlich nur aus Keratin A und Keratin B bestehen, die rotbraunen Hornzellen aus Keratin A und Albumosen. Ein strikter Beweis, daſs die blauvioletten Hornzellen gar keine Albumosen enthalten und die rotbraunen gar kein Keratin B läſst sich allerdings nicht erbringen. Aber während wir bisher anzunehmen geneigt waren, daſs alle Hornzellen ohne Unterschied Keratin A, Keratin B und Albumosen in verschiedener relativer Menge enthielten, hat sich uns seit dem Abschluſs der vorliegenden Arbeit die Annahme als die viel einfachere und daher wahrscheinlichere aufgedrängt, daſs die ungemein starken Farbenverschiedenheiten am leichtesten ihre Erklärung finden, wenn das bei der Eisen—Tannin-Methode blauviolette Keratin B (H-Zellen) die blauvioletten Hornzellen ganz und allein erfüllt, die bei derselben Methode rotbraunen Albumosen die braunroten Hornzellen (A-Zellen) in analoger Weise. Die Farbenunterschiede wären dann der Ausdruck des gegenseitigen Ersatzes von Keratin B durch Albumosen in den verschieden gefärbten Hornzellen. — In letzter Instanz ist die starke Differenz von A-Zellen und H-Zellen in der Hornschicht der Fuſssohle wohl sicher darauf zurückzuführen, daſs die A-Zellen sich besonders oberhalb der Papillen entwickeln, die H-Zellen an den Stellen, wo die Papillen fehlen. Wir haben immer gewuſst, daſs die Hornzellen oberhalb der Papillen weicher sind und in Hauthörnern eine Neigung besitzen, sich in stark geschwollene, feuchte, sogenannte „Markzellen“ umzuwandeln. Die ganze Lehre von dem markhaltigen Bau der Hauthörner beruht auf dieser Wahrnehmung. Offenbar zirkuliert ein lebhafterer Saftstrom in den Oberhautzellen oberhalb der Papillen und hierin mag es begründet liegen, daſs in solchen Zellen weniger Keratin B gebildet wird und mehr Hornalbumosen zurückbleiben. Die zu Markzellen bestimmten Anteile der Hauthörner wären dann eben die A-Zellen (d. h. stark albumosehaltige Zellen).

Diese wenigen Andeutungen mögen genügen, um zu zeigen, daſs der Dualismus der Hornzellen, wie ihn die Eisenmethoden an der Hornschicht der Fuſssohle klar legen, auf manche bisher unklare Phänomene der Hornpathologie Licht zu werfen geeignet ist. Auch die Anatomie wies bisher einen solchen Dualismus der Hornschicht auf, indem die Hornschicht der Fuſssohle und der Hohlhand grundsätzlich von der Hornschicht aller

übrigen Hautgegenden verschieden zu sein schien. Im Lichte der neuen Tatsachen scheint auch diese Differenz eine einfache und befriedigende Lösung zu finden. Man hat nur nötig anzunehmen, daſs an der Fuſssohle und Handfläche der zweite und dritte Bestandteil der Hornschicht, Keratin B und Albumosen, eine besonders üppige Entwicklung erfahren. Jedenfalls wird die Anatomie und Pathologie der Hornschicht stets mit diesen neuen Faktoren zu rechnen haben.

Ergebnisse.

1. Durch Behandlung von Hautschnitten mit Eisenchlorid und darauf mit Tannin (Pyrogallol, Schwefelammonium) einerseits, mit Tannin und darauf mit Eisenchlorid andererseits lassen sich Kontrastfärbungen zwischen Oberhaut und Cutis (Keratin und Kollagen) erzeugen, die auf die verschiedene Affinität der Hautschichten zu den Ferrisalzen und zu Tannin zurückzuführen sind.

2. Von den Gewebselementen der Hautschnitte von der Fuſssohle haben zum Eisenchlorid (und Ferrisalzen überhaupt) eine besondere Affinität: alle Bestandteile der Hornschicht (Keratin A, Keratin B und Hornalbumosen) und das Keratohyalin; zum Tannin dagegen: Kollagen, Keratohyalin und von den Bestandteilen der Hornschicht nur und in geringerem Grade die Hornalbumosen.

3. In der normalen Hornschicht kommen, um die Schweiſsporen gehäuft, inhaltlose, bei jeder Färbung ungefärbt bleibende Hornzellen vor („Schweiſszellen").

4. Alle Hornzellen zerfallen von vornherein je nach ihrem geringen oder groſsen Gehalt an Keratin B und Albumosen in zwei sich verschieden färbende Arten. Die an Albumosen armen oder freien, an Keratin B reichen Hornzellen (H-Zellen) sind bei genau senkrechter Schnittführung quer zu den Rillen der Fuſssohle in den Wellentälern der Hornschicht angehäuft und bei der Eisen—Tannin-Methode blauviolett, bei der Methode nach Rausch rot gefärbt. Die an Keratin B armen oder freien, an Albumosen reichen Hornzellen (A-Zellen) nehmen an denselben Schnitten die Wellenberge ein und sind bei der Eisen—Tannin-Methode braunrot, bei der Methode nach Rausch violett gefärbt.

5. Da die Schweiſszellen in der Umgebung der Schweiſsporen, d. h. vorzugsweise auf den Wellenbergen gelegen sind, entstehen dieselben hauptsächlich durch Enteiweiſsung der an Albumosen reichen Hornzellen (A-Zellen).

6. Eine Reihe bisher unerklärter Tatsachen aus der Anatomie und Pathologie der Hornsubstanz erklärt sich auf einfache Weise unter Berücksichtigung des verschiedenen Gehalts der Hornzellen an Keratin B und Albumosen (z. B. verschiedene Typen von normaler Hornschicht, Markzellen der Hauthörner).

Zur Endotheliomfrage.

Bemerkungen zu der Arbeit von Johannes Fick: „Über die Endotheliome der Autoren".

Von

Dr. Fritz Juliusberg-Berlin.

In seiner Arbeit „Über die Endotheliome der Autoren"[1] unterzieht Johannes Fick die unter der Bezeichnung Endotheliome veröffentlichten Tumoren einer Kritik und kommt zu dem Schlusse, daſs Tumoren, die auf den Namen Endotheliom Anspruch machen, in der Haut nicht vorkommen. Einige dieser Gruppen, über die Fick so streng zu Gericht sitzt, werden in der Tat von den meisten Autoren schon längst nicht mehr als Endotheliome anerkannt, so die weichen Naevi, die Naevi cystepitheliomatosi disseminati und schlieſslich die Tumoren, die Krompecher als Basalzellencarcinome, Borrmann, wie ich glaube mit Recht, als Coriumcarcinome bezeichnet hat.

Besonders eingehend beschäftigt sich Fick mit den „speziell als Endotheliome der Haut bezeichneten Tumoren". Da ich als einer der letzten Autoren mich mit dieser Frage befaſst habe, vor allem aber, weil Fick sich in besonders ausführlicher Weise über einen Fall geäuſsert hat, den ich aus der unter Prof. L. Picks Leitung stehenden pathologisch-anatomischen Anstalt des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin veröffentlicht habe, liegt für mich genügend Veranlassung vor, auf die Argumente, zu denen Fick bezüglich meines Falles kommt, hier zurückzukommen.

Ich versage es mir dabei, detailliert das, was ich in meiner Arbeit „Lymphangio-Endothelioma cutis abdominis" im *Archiv für Dermatologie* (Bd. 89, 1908) ausgeführt habe, noch einmal auseinander zu setzen, und beschränke mich nach kurzer Skizzierung meines Falles auf die Punkte, bezüglich deren zwischen Fick und mir Differenzen bestehen.

Es handelt sich in meinem Fall um eine aus einer Anzahl verschieden groſser Läppchen bestehenden Geschwulst der Bauchhaut bei einer etwa 50jährigen Frau. Die einzelnen Läppchen sind vollständig voneinander durch Bindegewebe getrennt, so daſs jedes Läppchen für sich allein eine abgeschlossene Tumoreinheit darstellt. Die Geschwulstelemente innerhalb dieser Läppchen sind in zwei Typen angeordnet, in dem von Zellschläuchen und in dem von soliden Zellsträngen. Die Zellen der im allgemeinen rundlichen soliden Zellstränge weisen rundliche, bläschenförmige Kerne auf, die an der Peripherie der Stränge radiär angeordnet sind; unter den Zell-

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48.

schläuchen finden sich sowohl dünnwandige, nur von einer Zelllage umwandete Hohlräume, wie solche mit einer aus mehreren Zelllagen zusammengesetzten Wandung. Die Zellen, die die dünnwandigsten Schläuche auskleiden, haben teils den Charakter der soliden Zellstränge, an einzelnen Stellen besteht der Wandbelag aus flachen, endothelartigen Zellgebilden; die Zellen der dickwandigen Schläuche gleichen denen der soliden Zellzüge. Innerhalb einiger Geschwulstläppchen liegen die Hohlräume mit ein- bis sechsschichtigen Wandungen. Ihre Wandzellen haben teils einen flachen endothelialen, teils einen mehr grofszelligen Typus; öfters liegen die endothelialen Zellen in zwei bis drei Reihen aufeinander; es läfst sich stellenweise verfolgen, wie die Hohlräume unter zunehmender Konsolidierung sich unmittelbar in die soliden Zellstränge fortsetzen. Umgeben sind die Geschwulstfelder von kappenartig aufsitzenden bis semizirkulären Hohlräumen mit einer aus flachen endothelialen Zellen in einfacher Schicht gebildeten Wandung. Die Zellzüge des Tumorfeldes münden unmittelbar in die ihnen zugehörigen Randsinus hinein (vgl. bezüglich aller dieser Verhältnisse meine Abbildungen Figg. 1—8).

Fick fragt zunächst, woher ich weifs, dafs die dünnwandigen Schläuche die Grundformen des Bildes darstellen, aus denen sich die dickwandigeren Schläuche und schliefslich die soliden Zellstränge gebildet haben. Die Antwort auf diese Frage fällt nicht schwer: Wenn in einem Geschwulstmassiv eine Anordnung der Geschwulstzellen vorliegt wie in meinem, d. h. wenn dünnwandige, dickwandige Schläuche und solide Stränge nebeneinander vorkommen, so ist ein Hervorgehen der Schläuche aus den Strängen, also der umgekehrte Entwicklungsgang, als ich ihn annehmen mufste, nur denkbar, wenn Zellen innerhalb der soliden Stränge zugrunde gehen, also degenerative Prozesse stattfinden, oder wenn irgendein Exsudat sich zwischen die Zelllagen ergiefst und so das Entstehen von Hohlgebilden aus soliden Zellsträngen veranlafst. Nun findet sich in dem Tumor — das möchte ich ganz besonders betonen — an keiner einzigen Stelle weder irgendeine schleimige oder weitere verflüssigende Degeneration mit Kolliquation des Geschwulstparenchyms, noch eine Andeutung sekretorischer Vorgänge, noch irgendeine Form exsudativer Prozesse, die eine derartige Annahme rechtfertigen würden. Ich vermag das mit um so gröfserer Sicherheit festzustellen, als wir die Schnitte in zahlreichen „Stufen" durch den ganzen Tumor gelegt haben (cf. Fig. 1) und ich mit liebenswürdiger Kontrolle von Herrn Professor L. Pick die gesamten Schnitte auf den Punkt hin nochmals besonders geprüft habe. Dort, wo bei Epitheliomen feine Stränge herauswachsen, könnten letztere in ihrem Aussehen zunächst vielleicht an endothelbekleidete Zellschläuche erinnern. Aber das Nebeneinanderbestehen der Stadien, die Fig. 6, 7 und 8 meiner Arbeit darstellen, ist bei derartigen Tumoren ohne gleichzeitigen Zellzerfall noch nie

gesehen worden. Natürlich sind es nicht allein die dünnwandigen Schläuche als solche, die meinem Tumor sein Gepräge als Endotheliom verleihen, denn diese stellen sozusagen nur ein Vorstadium dar, in welchem der Tumor den Charakter eines Lymphangioms trägt. Erst die Wucherung dieser flachen Wandzellen läſst aus diesem Angiom das Endotheliom entstehen. Und es ist keineswegs das Aussehen der einzelnen Zelle, sondern der Verband zur Zellwandung und zum ganzen Hohlraum, der es deutlich illustriert, daſs die erste Bildung eine endotheliale ist.

Daſs die perlschnurartige Anordnung der Schläuche (Fig. 2) durch eine Auffassung des Tumors als Lymphgefäſsendotheliom leicht verständlich wird, ist nicht zu bezweifeln. Immerhin ist natürlich die raupenleibähnliche Formation der Zellstränge keineswegs das einzige Argument, worauf sich meine Tumordiagnose stützt; wohl aber habe ich hervorgehoben, daſs L. Pick solche Bilder bei sicheren Lymphgefäſsendotheliomen bereits beschrieben hat (vgl. auch die neuerdings aus dem L. Pickschen Institut hervorgegangene Arbeit von Kubo: „Über das Lymphangioendothelioma." (*Arch. f. Gynäk.* 1909. Bd. 87). Ebensowenig ist meines Erachtens nach zu beanstanden, wenn ich bemerke, daſs die flachzellig angelegten Schläuche in ihrem Aussehen nicht an Drüsen erinnern. Auch auf diese Feststellung hin habe ich, wie aus meiner Arbeit hervorgeht, keineswegs die Diagnose Endotheliom gegründet, wenn auch das Faktum als solches für die Deutung des ganzen Bildes mit herangezogen werden muſs.

Schlieſslich wendet sich Fick gegen meine Auffassung der groſsen, als lymphatische „Randsinus" bezeichneten Räume an der Peripherie der Geschwulstfelder, die natürlich für die Auffassung einer epithelialen Genese der Geschwulst im Sinne Ficks höchst unbequem sind. Ich habe in meiner Arbeit betont, daſs diese Bildungen überhaupt nicht anders zu erklären sind, wie als Lymphgefäſse. Daſs Hohlräume in den verschiedenartigen Formen bekanntermaſsen tatsächlich in Epitheliomen vorkommen, ist kein stichhaltiges Argument gegen meine Auffassung. Wären sie solchen Hohlräumen analog, so müſsten sie wiederum einer Degeneration der Tumor-Parenchymzellen oder Sekretionsvorgängen an diesen ihre Entstehung verdanken. Solche Vorgänge sind, wie ich auf das bestimmteste nochmals behaupte, in meinem Tumor nirgends vorhanden, weder am Parenchym noch am Stroma. Es ist darum die Vermutung ganz entschieden zurückzuweisen, daſs die Sinusbildung am Rande einem Sekretionsvorgang derselben Zellen seine Entstehung verdanken soll, die im übrigen Tumor-Parenchym diese Eigenschaft gar nicht aufweisen und notabene auch in der Auskleidung der Sinus nirgends auch nur eine Spur davon erkennen lassen. Schlieſslich rechnet Fick noch mit der Möglichkeit, diese Hohlräume seien dadurch entstanden, daſs bei der Härtung die dem Tumorfelde zu oberst liegende Zelllage sich vom übrigen Tumorgewebe

entfernt hätte. Hiergegen habe ich zu bemerken, daſs gerade das gegenteilige Verhalten an meinem Tumor sich vorzüglich demonstrieren läſst. Die Randsinus hängen so innig mit dem Tumorfelde zusammen, daſs wohl das ganze Feld inklusive Randsinus sich lösen kann und eventuell aus dem Schnitte herausfällt; die Retraktion bei der Härtung erlaubte viel eher eine Trennung zwischen Bindegewebe und Randsinus, und eine solche habe ich in Fig. 5 deutlich darstellen lassen. Daſs die Randsinus auch nicht „post operationem“ entstanden sind, dafür spricht weiter das Faktum, daſs es sich — soweit der Inhalt nicht später herausgefallen ist — dabei keineswegs um leere Spalten handelt, sondern um mit einer feinkörnigen Masse gefüllte Hohlräume. Wenn schlieſslich, wie gleichfalls in Fig. 5 meiner Arbeit demonstriert (unteres Geschwulstfeld), unter dem gröſseren Sinus noch weitere kleinere ähnliche Sinus liegen, so ist nirgends ein Punkt vorhanden, wo die Wand des kleineren Sinus bei einer künstlichen Losreiſsung Halt finden könnte. Da die Randsinus einen höchst auffälligen, integrierenden Bestandteil meiner Geschwulst bilden und in der Erklärung der Genese der Geschwulst eine wichtige Rolle spielen, so ist die Auffassung dieser Hohlräume für mich keineswegs nur ein Detailmoment, wie dies Fick will, sondern neben der Frage, ob die dünnen Schläuche in den Tumorknoten die Grundform der Geschwulst darstellen, eine Hauptfrage. Daſs die diesen „Sinus“ von Fick vindizierte Deutung vollkommen unangängig ist, ist leicht ersichtlich; umgekehrt bleibt nur meine eigene Auffassung derselben als die von Lymphräumen übrig.

Wenn sich bei den Krompecherschen Basalzellenkrebsen und noch mehr den Mischgeschwülsten der Parotis „Endotheliombilder“ finden, so sind das morphologisch Einzelheiten dieser Geschwülste, die der richtigen Auffassung der Tumoren wohl eine Zeitlang Schwierigkeiten bereitet haben, die aber als Einzelheiten das Wesen der Geschwulst nicht zu bestimmen erlaubten. Bei dem von mir beschriebenen Tumor liegt die Sache gerade umgekehrt. Hier sind es nicht gelegentliche Endotheliombilder, die die Diagnose „Endotheliom“ stellen lieſsen, sondern die gesamten Wachstumsverhältnisse des einheitlich strukturierten Tumors leiten zu der Diagnose Endotheliom der Lymphgefäſse, und nur diese oder jene Strukturbesonderheit für sich, ohne Zusammenhang mit den übrigen morphologischen Qualitäten, mag an Epitheliom denken lassen. Ich bewerte darum bei der Deutung meines Tumors auch keineswegs die einzelnen Bilder in ihrer absoluten Form für sich genommen; vielmehr ist es der gesamte, in seinen Etappen einwandsfrei verfolgte Entwicklungsgang der Neubildung, der mich zu der von mir angegebenen Auffassung der Geschwulst veranlaſst. Und nur diese ermöglicht es, die morphologischen Zustände, die unser Tumor bietet, in präziser Form zu erklären.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen des Herrn Dr. F. JULIUSBERG.

Von

Dr. JOHANNES FICK-Wien.

Da JULIUSBERG im Vorstehenden nur eine ausführliche Wiederholung der wesentlichsten Punkte seiner im *„Arch. f. Derm.“*, Nr. 89 erschienenen Arbeit bringt, könnte ich auch nur wiederholen, was ich in der Kritik dieser Arbeit schon gesagt habe. Ich hebe daher nur die Quintessenz dieser Kritik nochmals hervor. Ich finde, daſs JULIUSBERG: 1. nicht den direkten einwandfreien Nachweis erbracht hat, daſs die Zellen des von ihm beschriebenen Tumors von Endothelien abstammen, und 2. nicht den Nachweis geführt hat, daſs dieser Tumor sich prinzipiell von einem „Basalzellenkrebs“ unterscheidet. Die sub 1. an die Endotheliomdiagnose gestellte Anforderung ist, wie nicht nur die Gegner der Endotheliome behaupten, sondern auch die Verteidiger der Endotheliome zugeben, überhaupt nicht zu erfüllen. Es hilft auch nichts, wenn man einen zu deutenden Hohlraum als „Randsinus“ bezeichnet. Die Zellen, die den Hohlraum begrenzen, bleiben hinsichtlich ihrer Genese fraglich. Mehr Aussicht auf Erfolg hat die sub 2. angedeutete Beweisführung per exclusionem. JULIUSBERG verzichtet aber darauf, sorgfältig nachzuweisen, daſs sein Tumor gewiſs etwas ganz anderes sei, als ein Basalzellenkrebs. Gerade diese wichtige Differentialdiagnose tut JULIUSBERG in seiner Arbeit mit wenigen Worten und in den vorstehenden Bemerkungen mit wenigen Zeilen ab, die, wenn man die Beschreibung des fraglichen Tumors liest und die Abbildungen betrachtet, keineswegs geeignet sind, einen zur Überzeugung zu bringen, es habe sich nicht um einen epithelialen Tumor, zur Gruppe der Basalzellenkrebse gehörend, gehandelt. Ich bleibe daher auch angesichts der vorstehenden Bemerkungen JULIUSBERGs bei der von mir gestellten Diagnose: Epitheliom und hoffe durch meine Kritik zum mindesten erreicht zu haben, daſs der von JULIUSBERG beschriebene Tumor wenigstens nicht als Stütze der Endotheliomdiagnose bei ähnlichen Tumoren verwertet werden wird.

Versammlungen.

Sechster internationaler Dermatologenkongreſs.

Offizielle Verhandlungen, Bd. II. (Knickerbocker Press, New York 1908.)

Vierter Tag.

Hauptthema: **Tropische Dermatosen.**

Die Bedeutung der Marine für das Studium von Tropenkrankheiten, von P. M. Rixey. Die Statistik der amerikanischen Marine zeigt, daſs etwa 50% aller Erkrankungen der Matrosen ins dermatologische Gebiet fallen, ohne die Syphilis einzuschlieſsen. Es sind deshalb Anordnungen getroffen, um die verschiedenen interessanten Fragen dieser Art, welche R. kurz anführt, genauer studieren zu können.

Die Dermatosen der Tropen, von H. R. Crocker-London. In tabellarischer Form gibt hier C. eine Übersicht der speziell in den Tropen besonders intensiv oder auch ausschlieſslich auftretenden Dermatosen, von denen die meisten, wie er darlegt, auf parasitärer Grundlage beruhen, und teilt seine persönlichen Erfahrungen in bezug auf tropische Trichophytie, Furunculosis orientalis, Trypanosomiasis, Framboesia (welche er nicht als identisch mit Syphilis anerkennt), das Granuloma inguinale tropicum und Craw-Craw mit.

Bericht über tropische Hautkrankheiten, von W. Dubreuilh-Bordeaux. Berücksichtigt namentlich die durch Insektenlarven bedingten Affektionen (Sandfloh oder Chigger, Lucilia macellaria, Anchaneromya luteola, Filaria medinensis u. a.) sowie Tinea imbricata, Verruga peruana usw.

Das Vorkommen einer wuchernden Oestodenlarve (Sparganum proliferum) beim Menschen im Staate Florida, von C. W. Stiles. Von Ijima in Tokio und von Gates in Manatee (Florida) ist je ein Fall von dem Vorkommen von Larven besonderer Art im subcutanen Bindegewebe beobachtet worden. Redner gibt eine ausführliche Beschreibung der Parasiten des letzteren Falles und klassifiziert sie als Sparganum proliferum. Der Patient, 48 Jahre alt, hatte 25 Jahre zuvor während seiner Beschäftigung als Fischer zahlreiche Knötchen in der Haut bemerkt, aus denen er „Würmer" ausdrückte. Zur Zeit der Beobachtung waren zahllose, larvenhaltige Knötchen auf der ganzen Körperoberfläche verstreut. Er starb bald nachher. Die Morphologie und sonstige Naturgeschichte des Parasiten ist in den Hauptzügen dargestellt.

Die klinische Gruppierung der auf den Philippinen beobachteten tropischen Ulcera nebst einigen Bemerkungen negativer Art über Ätiologie und Therapie, von G. R. Stitt. Auf den Philippinen hat S. verschiedentlich Geschwüre beobachtet, welche in den Rahmen der sonstigen Systeme nicht hineinpassen. Die bakteriologische Untersuchung hat keine einheitlichen Anhaltspunkte ergeben, und die üblichen Behandlungsarten, auſser etwa Ätzungen mit reiner Karbolsäure und nachfolgender Alkoholbehandlung, waren unbefriedigend.

Über Gangosa nebst einigen Zusätzen, von O. J. Mink und N. T. McLean. Das spanische Wort Gangosa bedeutet „verschleierte Stimme". Das Leiden ist in Guam seit 150 Jahren bekannt, beginnt als eine Ulceration am weichen Gaumen und führt (wie Abbildungen zeigen) zu entsetzlichen Zerstörungen am ganzen Gesicht. Mit Syphilis hat es nach Verfasser nichts zu tun; dagegen ist die Kontagiosität des Leidens als erwiesen zu betrachten. Wenn die Therapie (Ätzmittel, Jodtinktur usw.) frühzeitig einsetzt, ist die Prognose nicht absolut ungünstig.

Über chronische Geschwüre auf den Philippinen, von G. C. SHATTUCK-Manila. Nach ausgedehnten klinischen und bakteriologischen Untersuchungen stellt S. vier verschiedene Typen von Geschwürsbildung als charakteristisch auf den Philippinen auf. Bei der einen Form handelt es sich sehr wahrscheinlich, bei einer zweiten Gruppe möglicherweise um Syphilis. Die bakteriologischen Befunde betrachtet S. als nicht beweisend, obgleich mehrfach Spirochaeta refringens und andere Spirochäten und Bakterien sowie gelegentlich Blastomyceten angetroffen wurden.

Über Filariasis. Blutbefunde, Harnuntersuchung und Nierenfunktion, von T. TANAKA-Tokio. In gedrängter Kürze schildert T. seine eingehenden Studien zu diesem Thema, gibt tabellarisch die klinischen Befunde bei elf Kranken wieder, legt die Untersuchungstechnik des Blutbefundes dar, schildert das Verhalten der Embryonen in Bädern von verschiedener Temperatur sowie deren Verhalten dem Einflusse des Lichtes resp. der Dunkelkammer gegenüber, berichtet über Versuche betreffs der Möglichkeit einer Beeinflussung der Affektion mittels einer eine längere Zeit hindurch fortgesetzten bestimmten Ernährungsweise und schildert auch cystoskopische Untersuchungen zur Erkennung der Nierentätigkeit bei der Chylurie. In therapeutischer Hinsicht fand er das Jodkalium am wirksamsten.

Framboesia tropica (Yaws, Pian, Bouba), von A. CASTELLANI-Colombo. Nach einer allgemeinen Übersicht der geographischen Verbreitung und der Geschichte des Leidens bespricht Redner die klinischen Symptome (unter Anführung eigener Beobachtungen), wobei er u. a. die Cerebrospinalflüssigkeit, das Blut, die Knochen und Muskeln berücksichtigt. Er unterscheidet drei Stadien, welche mit denen der Syphilis Analogien darbieten. Ferner wird die Pathologie erwähnt und die Ätiologie, wobei auf die von ihm (1905) dargestellte Spirochaete pertenuis genauer eingegangen wird. An Affen sind ihm Impfungen mit diesem Mikroorganismus und mit dem Milzblut von Patienten jetzt geglückt. Impfungen mit Syphilisvirus und mit Framboesiavirus gelangen auch an denselben Tieren. Ferner wird berichtet über die positive BORDET-GENGOU-Reaktion bei dieser Affektion, über den Modus der Übertragung, vermittelt durch Insekten, und diesbezügliche (zwei) positive Experimente an Affen, die Prognose und Therapie. Grofse Dosen Jodkalium sind indiziert. Mehrere Illustrationen.

Bemerkungen über eine palliative Behandlung der Elephantiasis, von A. CASTELLANI-Colombo. An vier Patienten hat R. mit gutem Erfolg Versuche mit Fibrolysin ausgeführt. Als Vorbereitungskur erhalten die Patienten bei Bettruhe zweimal des Tages Massage und Einwicklung der erkrankten Teile mit Gummibinden oder Flanell, um zunächst das Gewebe möglichst aufzuweichen. Die Fibrolysineinspritzungen werden in Dosen von 0,02 ccm täglich oder einen Tag um den anderen im erkrankten Gebiete ausgeführt; nach einer etwa vierwöchigen Serie wird acht Tage lang ausgesetzt und die elastische Umwicklung wieder aufgenommen. Die Anzahl der Injektionen betrug zwischen 25 und 62. Um den durch den Schwund des subcutanen Gewebes entstehenden Überschufs an Haut zu beseitigen, empfiehlt Redner schliefslich, lange elliptische Stücke zu exzidieren.

Tropische Formen von Pityriasis versicolor, von A. CASTELLANI-Colombo. Es sind drei oder auch vier Arten zu unterscheiden: die schwarze, die weifse und die gelbe, von welch letzterer eine Unterart mit besonderer, rötlich-gelblicher bis kupferfarbiger Färbung existiert. Bei allen drei Formen hat A. Pilze gefunden, welche gewisse unterscheidende Merkmale erkennen lassen. Er nennt sie Microsporum tropicum (Pityriasis flava), Microsporum MACFADYENI (Pityriasis alba) und Microsporum MANSONI (Pityriasis nigra). Kulturen gelangen teilweise auf den üblichen Medien. Die Behandlung bietet namentlich bei Pityriasis flava oft recht erhebliche Schwierigkeiten.

Tinea intersecta, von A. Castellani-Colombo. Diese, wie es scheint, bisher noch nicht beschriebene Affektion hat in ihren Anfangsstadien Ähnlichkeit mit tropischer Pityriasis versicolor; von Tinea imbricata unterscheidet sie sich durch das vollständige Fehlen der konzentrischen Kreise. Der Pilz zeigt im allgemeinen die Eigenschaften eines Trichophyton und ist unschwer nachzuweisen.

Bemerkungen über Tinea imbricata und deren Behandlung, von A. Castellani-Colombo. Auf Ceylon hat Verfasser bereits elf Fälle dieser Affektion beobachtet. Es wird hier ein typischer Fall eingehend beschrieben. Zur Behandlung des sehr obstinaten Leidens sind wohl starke Jodtinktur oder eine Auflösung von Resorcin in Tinctura benzoës composita als die wirksamsten Mittel zu empfehlen.

Eine Demonstration über die Verwendung von flüssiger Luft bei Hautleiden, von C. T. Dade-New York. Seit 1900 hat D. flüssige Luft vielfach verwendet und ist von den Erfolgen hoch befriedigt. Die Anwendung geschieht durch festes Aufdrücken eines mit der flüssigen Luft getränkten Wattebausches auf die erkrankten Gebiete während 20 bis 30 Sekunden, bis der betreffende Teil ausgiebig durchfroren ist. In manchen Fällen genügt eine einzige Applikation, bei anderen mufs das Verfahren einige Male wiederholt werden. Manche Patienten klagen dabei über heftige Schmerzen, andere dagegen gar nicht. Unter den erfolgreich behandelten Affektionen sind zu nennen: Lupus erythematosus, Scrophuloderma, Tuberculosis verrucosa cutis, Naevus vasculosus und cavernosus, Naevus pigmentosus, Epitheliom u. a.

Fünfter Tag.

Thema III: a) **Die Möglichkeit der antisyphilitischen Immunisierung.** b) **Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Parasitologie der Syphilis.**

Parasitenbefunde bei menschlicher Syphilis, von E. Hoffmann-Berlin. Schilderung der zurzeit neuesten Untersuchungen über Spirochaeta pallida, seitdem durch anderweite Publikationen bereits bekannt geworden.

Spirochäten bei Syphilis, von A. Buschke-Berlin. Besprechung der Morphologie und Methodik, der Fundstätten der Spirochäten, der Lagerung derselben im Gewebe und der Biologie.

Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Parasitologie der Syphilis, von O. T. Schultz-Cleveland. Darlegung von Beobachtungen und Erfahrungen, welche seitdem als Allgemeingut zu betrachten sein dürften.

Über die Systeme der Lokalisation des Treponema pallidum im Organismus, von H. Hallopeau und Gastou-Paris. Um die Gesetze und Bedingungen, welche die Ausbreitung und das Wuchern der Spirochaeta pallida im menschlichen Körper beeinflussen, genauer zu erkennen, haben Verfasser das Verhalten der Parasiten von folgenden systematisierenden Gesichtspunkten aus betrachtet: 1. Einteilung nach Organen; 2. nach Regionen; 3. nach Nervengebieten; 4. Klassifizierung nach dem Vorgang der Auto-Inokulation, wobei eine Intra- und eine Extra-Inokulation zu unterscheiden sind; 5. Klassifizierung nach dem Einflufs und an den Wirkungsgebieten von etwa vorhandenen Mikrobien, mögen diese indifferenter Art oder von spezifischer Pathogenität sein; 6. Klassifizierung nach anhaltenden toxischen Reizungen (Leukoplakie der Mundschleimhaut); 7. Einteilung nach Defekten in der Elimination und der Therapie des Treponema (palmare und plantare Syphilide); 8. Einteilung betreffs der Syphilis hereditaria. An verschiedenen Beispielen wird gezeigt, dafs die Momente, welche je eine bestimmte Art der Lokalisierung bewirken, noch eingehender Studien verdienen.

Beiträge zur Spirochätenfrage, von A. Dreyer-Cöln. Berichtet über mehrere Beispiele der praktischen Verwendbarkeit des Spirochätennachweises, geht auf das

Verhalten der Spirochaeta refringens ein, macht einige Angaben zur Untersuchungstechnik und bespricht die Resultate einiger anderer Autoren.

Syphilis beim Kaninchen, erzeugt mit der Reinkultur des Syphilisbacillus von Niessen, von M. v. Niessen-Wiesbaden. Nach v. N. ist die bei der Syphilis jetzt konstant nachgewiesene Spirochäte nur eine Übergangsform, ein Entwicklungsstadium des von ihm als Erreger der Syphilis beschriebenen Bacillus. An einem Mikrophotogramm demonstriert er Gebilde, Wuchsformen seines Bacillus, welche aber nicht als mit Spirochaeta pallida vollständig übereinstimmend anerkannt werden können. Ferner berichtet er über eine auf der Haut eines Kaninchenohres durch Einimpfung seines Syphilisbacillus erzeugte Affektion, welche er als ein typisches serpiginöses Hautsyphilid schildert. Zur Stütze seiner Ansicht von den Metamorphosen im Lebenslauf der Spirochäte bemerkt N. namentlich, daſs auf diese Weise erst eine ungezwungene Erklärung der Übertragung des Virus durch Spermatozoen, welche doch eine ausgewachsene Spirochäte nicht beherbergen können, gegeben sei.

Ein neues Gefäſssymptom der Syphilis, seine Beziehungen zur Cutis marmorata, zum groſsmakulösen Syphilid und zur Spirochaeta pallida, von S. Ehrmann-Wien. Die hier beschriebene Abnormität hat E. im ganzen an zehn Fällen beobachtet. Es handelt sich um livide, baumförmige Hautfärbungen mit stärker elevierten, axialen Anteilen, welche immer flacher werdend, verwaschen in die umgebende Haut übergehen. Meistens findet sich ein stärker ausgebildeter Ast, an den sich die schwächer ausgebildeten, verwaschen endigenden Zweige anschlieſsen. Die Affektion befällt vorwiegend die Streckflächen der Extremitäten, findet sich aber auch an anderen Stellen. Mit der Cutis marmorata ist jedenfalls ein gewisser Zusammenhang zu erkennen. Die an drei der Fälle ausgeführten histologischen Untersuchungen ergaben unregelmäſsig gestaltete Wucherungen an den Arterien und der Arteriolen im Niveau der Schweiſsdrüsenkörper, wie E. des weiteren darlegt.

Quaternäre Heredosyphilis des retikulären Gewebes (Appendicitis, adenoide Wucherungen und Skrophulose), von Gaucher-Paris. Unter der Bezeichnung „quaternäre Syphilis“ versteht G. die sonst meist als Parasyphilis benannten Erscheinungen. Seine schon früher aufgestellte Auffassung der Appendicitis und der adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes als hierher gehörige Affektionen verteidigt er bei dieser Gelegenheit des weiteren, indem er verschiedene Beispiele von Appendicitis nach akquirierter und nach kongenitaler Syphilis schildert. Das Syphilisvirus mache das retikuläre Gewebe in der Umgebung des Coriums sowie im Nasenrachenraum für sonstige Entzündungserreger empfänglich. Die Skrophulose, dieser jetzt fast absolut gewordene Krankheitsbegriff, ist als eine quaternäre Erscheinung der hereditären Lues aufzufassen.

Ein Beitrag zur Frage von der hereditären Syphilis, von R. W. Taylor-New York. Bericht über eine lehrreiche Beobachtung einer Familiensyphilis und Aufstellung einer Reihe von Thesen zu dem Thema.

Syphilis und Massage, von R. W. Taylor-New York. Ein 38jähriger, von Verfasser wegen chronischer Urethritis posterior behandelter Patient wurde gleichzeitig wegen rheumatischer Beschwerden massiert. An der Wade traten dabei an den Haarfollikeln lichenoide Läsionen hervor, welche allmählich immer mehr einen syphilitischen Charakter annahmen und ein typisches Erythem im Gefolge hatten. Es wurde festgestellt, daſs der Masseur an ausgedehnten Schleimhautpapeln des Mundes litt und den starken Speichelfluſs gewohnheitsmäſsig mit der Hand abwischte.

Die Osteopathien der quaternären hereditären Syphilis, von Gaucher und Levy-Bing-Paris. Verfasser vertreten die These, daſs die hereditäre Syphilis, sei es in direkter Übertragung, sei es als Nachwirkung auf die zweite Generation, einen

wichtigen Faktor für die Entwicklung von eiterig entzündlichen Läsionen der Knochen und Gelenke im Kindesalter darstellt. Sie haben in den Kinderhospitälern in Berck sur mer und in dem CALOTschen Institut eine Serie von 247 Kindern mit Erkrankungen des Knochensystems untersucht und bei 68 hereditäre Syphilis objektiv nachgewiesen.

Radiogramme bei Syphilis der Röhrenknochen, von M. W. WARE-New York. Demonstration einer Reihe von Röntgenaufnahmen, welche verschiedene, speziell für Syphilis charakteristische Veränderungen an den Knochen erkennen lassen.

Eine einfache und schnelle Methode des mikrochemischen Nachweises von Quecksilber im Urin, von C. LOMBARDO-Modena. Zu 5 ccm Urin wird ein Tropfen Hühnereiweifs hinzugefügt und nach genügendem Schütteln der Mischung noch 2—3 ccm einer frisch bereiteten (12 %) Chlorzinnlösung, welche mit 25 % Acidum hydrochloricum übersäuert ist, zugesetzt. Der Urin wird anfangs trüb, klärt sich aber allmählich und wird opalesierend; man zentrifugiert und untersucht eine Probe des Präzipitats unterm Mikroskop bei starker (600 facher) Vergröfserung. Etwa vorhandenes Hg findet sich in Form von minimalen metallischen Kügelchen.

Periphere syphilitische Arteritis, von H. G. KLOTZ-New York. Von dieser zwar seltenen aber wichtigen Affektion hat K. drei Fälle beobachtet. Er bespricht auf Grund der eigenen Beobachtungen und der Literatur (HUTCHINSON, D'ORNELLAS u. a.) das Wesen der Affektion und namentlich die Differentialdiagnose gegenüber der RAYNAUDschen Krankheit.

Klinische Berichte über a) einen Fall von syphilitischer Reinfektion, b) Fälle von Syphilis insontium, von G. K. SWINBURNE-New York. Fall a) betrifft einen 28jährigen Mann, welcher sieben Jahre zuvor infiziert gewesen war und seit drei Jahren als geheilt betrachtet wurde. Ulcus am Penis, Drüsenschwellungen, makulöses Exanthem, Plaques muqueuses usw. b) Bei dem 20jährigen Jüngling war die Eingangspforte für das Virus höchstwahrscheinlich die Tonsille; Anlafs dazu gab wohl der Gebrauch eines Lungenprüfungsapparates, den er in einem öffentlichen Vergnügungslokal benutzt hatte. Ferner werden berichtet ein Fall von syphilitischer Tonsillitis bei der Ehefrau eines jungen Syphilitikers, ein Fall von Lippenschanker bei einer Schauspielerin, welche beim Agieren ihrer Rolle von einem (infizierten) Partner wiederholt geküfst wurde, usw.

Die Verwendung von Heilquellen bei der Behandlung der Syphilis, von J. DARDEL-Aix-les-Bains. Kurze Schilderung der Kurmittel von Aix-les-Bains und Aufzählung der sonstigen in Betracht kommenden Bäder, eingeteilt als Schwefel-, Arsenik- und Kochsalzquellen.

Verrucae plantares, deren Vorkommen bei Knaben und jungen Männern und ihre Pathologie, von J. T. BOWEN-Boston. Verfasser hat in der letzten Zeit eine Serie von 34 (hier kurz beschriebenen) Fällen dieser Art behandelt. Meistens handelte es sich um Schüler oder andere junge Leute. Die von DUBREUILH (1895) gegebene Beschreibung wird als genau zutreffend ausführlich zitiert und die histologischen Verhältnisse sind in ihren Hauptmomenten dargelegt.

Sechster Tag, 14. September.

Zoster arsenicalis, von J. ZEISSLER-Chicago. Berichtet über elf Fälle dieser Art. Der Zosterausschlag trat einige Wochen bis einige Monate nach Beginn der Arsenikaufnahme (meist wegen Psoriasis oder Lichen gegeben) hervor.

Untersuchungen über den Stoffwechsel bei einigen Hautkrankheiten, von J. C. JOHNSTON und H. J. SCHWARTZ-New York. Um bei einer Reihe von Dermatosen weitere Anhaltspunkte zur Beurteilung des eigentlichen Wesens der Krankheit zu gewinnen, haben Verfasser eine grofse Reihe von eingehenden und umfangreichen Untersuchungen über das Verhalten des Stoffwechsels und des Blutes ausgeführt. Das beob-

achtete Material von 21 Fällen teilen sie in drei Gruppen ein: Urticaria, bullöse Dermatosen und schuppende Affektionen. In der zweiten Gruppe fanden sich Fälle von Dermatitis herpetiformis und Prurigo; in der dritten akutes und chronisches Ekzem, seborrhoisches Ekzem, Psoriasis- und eine Pityriasisform. Die Analysen erstreckten sich auf den Uringehalt von Harnstoff, Kreatinin, Indikan, Zucker, Eiweifs usw. Am häufigsten war eine Abnormität in der Harnstoffausscheidung zu konstatieren, erhebliche Verminderung der ausgestofsenen Menge derselben bei entsprechender Steigerung des Prozentsatzes des Reststickstoffs. Indikanurie wurde mehrfach konstatiert, doch legen Verfasser diesem Umstande keine ausschlaggebende Bedeutung bei. Vermehrung des Kreatinins fand sich bei Psoriasis (im Verein mit gastro-intestinalen Störungen) ebenso beim Ekzem und bei Dermatitis herpetiformis. Die sorgsame Arbeit bietet reichliches Material für weitere Prüfungen.

Einige experimentelle Untersuchungen über die Histopathologie von Urticaria factitia, von T. C. Gilchrist-Baltimore. Demonstration von Mikrophotogrammen von exzidierten Urticariaquaddeln vom siebenten Jahr deutlich entwickelten Fällen. Die Entnahme der Läsionen hatte zu verschiedenen Zeitpunkten, 2—60 Minuten nach deren Entwicklung stattgefunden. Der Prozefs stellt sich dar als eine Auflösung der Zellkerne und von daran sich anschliefsenden entzündlichen Vorgängen.

Bericht über einen Fall von Sarkoid, von S. Pollitzer-New York. Bei einer 35jährigen an Lungentuberkulose leidenden Frau fanden sich etwa 25 Läsionen, welche anatomisch mit dem von Boeck und von Darier beschriebenen Sarkoid recht genau übereinstimmten, klinisch aber einige Abweichungen darboten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 96, Heft 1. Mai 1909.

1. **Tätowierung und Syphilis**, von Sh. Dohi-Tokio. Ein Patient mit ausgedehnten, fast den ganzen Körper einnehmenden Tätowierungen, bekommt einen papulösen syphilitischen Ausschlag, der vor allem an den blauschwarzen Stellen, an welchen chinesische Tusche eintätowiert worden war, ausgeprägt ist, und zwar mehr wie an den normalen, von der Tätowierung nicht eingenommenen Hautpartien, während an den mit Zinnober tätowierten Stellen nicht die kleinste Spur von Ausschlägen zu bemerken ist. D. erklärt sich diese auffallende Verteilung so, dafs die Pigmentkörner der chinesischen Tusche als Fremdkörper im Gewebe einen fortdauernden, wenn auch minimalen Reiz ausüben und einen locus minoris resistentiae schaffen, der die Ansiedlung und das Wachstum der Syphiliserreger begünstigt, während andrerseits die bei der geringen Zersetzung des Zinnobers im Gewebe vorhandenen minimalen Mengen von Quecksilber genügten, um die Entwicklung der syphilitischen Ausschläge absolut zu hemmen.

2. **Symmetrische Gangrän nach Scharlach**, von Karl Potpeschnigg-Graz. Gangrän der Hände bei einem zweijährigen Knaben im Anschlufs an Scharlach mit letalem Ausgang und Obduktionsbefund. Aus der Literatur werden eine Reihe Fälle des bisher wenig beobachteten Entstehens von gangränösen Prozessen bei und nach akuten Infektionskrankheiten (besonders nach Typhus) zusammengestellt.

3. **Zur Saugbehandlung der Cervixblennorrhoe**, von J. Leyberg-Görlitz. Bei der gewöhnlichen Technik des Bierschen Verfahrens kann eine Stauungshyperämie im

Uteruskörper aus rein physikalischen Gründen nicht erzeugt werden, denn sobald der Luftdruck im Spekulum durch Aspiration herabgesetzt wird, legen sich die Innenwandungen der Uteruskörperhöhle aneinander und verhindern dadurch die Kommunikation der Uterushöhle mit dem Spekulumlumen. Dagegen liegen die Verhältnisse bei der Cervixblennorrhoe viel günstiger, da bei geeigneter Technik die ganze erkrankte Schleimhaut der Einwirkung des Saugapparates ausgesetzt werden kann. L. hat eine gröſsere Anzahl von Fällen, von denen er einige Krankengeschichten mitteilt, täglich zweimal 1/2 Stunde, teils mit, teils ohne gleichzeitiger Anwendung antiblennorrhoischer Therapie gestaut. Während die Saugbehandlung allein keine Einwirkung zeigte, erwies sich die Kombination als eine brauchbare Methode, die keinerlei Propagation der Erkrankung auslöste, vollkommen schmerzlos sich vollzog und bei der Kürze der notwendigen Behandlungsdauer abortiv genannt zu werden verdient.

4. **Über Naevus anaemicus**, von W. Fischer-Berlin. Fünf Fälle des seinerzeit von Voerner aufgestellten Krankheitsbildes aus der Buschkeschen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses mit Abbildung und histologischen Untersuchungen.

5. **Zur Kenntnis des „Leukoderma psoriaticum"**, von Anton Blumenfeld-Lemberg. Histologische Untersuchungen über das Verhalten des Pigmentes in Psoriasiseffloreszenzen, nach denen es dem Verfasser plausibel erscheint, daſs die Entfärbung, welche nach dem Ablauf des psoriatischen Prozesses mitunter zur Beobachtung gelangt, auf dem Pigmentschwund beruht, welcher bereits bei dem Krankheitsprozeſs selbst einsetzt, nicht aber auf die, der lokalen Entzündung nachfolgende, Resorption zurückzuführen ist. Das Auftreten der weiſsen Flecke ist unabhängig von der Behandlung, die Flecke zeigen keinerlei Vorliebe für bestimmte Körperteile und können sowohl bei der ersten wie bei einer späteren Eruption der Psoriasis entstehen, sind aber stets nur am Orte der vorangegangenen psoriatischen Effloreszenzen zu finden. Wenn auch das Leukoderma psoriaticum klinisch dem Leukoderma syphiliticum täuschend ähnlich sieht, so bestehen doch Unterschiede im histologischen Bilde, insofern sich beim letzteren in der Regel immer deutliche Infiltrate um die Gefäſse der Cutis herum finden, die beim ersten fehlen.

6. **Über die Ursache der Maculae caeruleae**, von M. Oppenheim. Polemik gegen die im Bd. XCI. des *„Archivs"* publizierte Arbeit von Tièche, der als Ursache der Tâches bleues minimale Blutaustritte ansieht, die entweder durch die Haut reduziert oder unverändert als feiner körniger Farbstoff der tieferen Cutisschichten durch die Haut als trübes Medium angesehen die Maculae caeruleae erzeugen. Nach O. entstehen die Maculeae caeruleae ausschlieſslich durch den Biſs des Pediculus pubis und werden durch einen grünen, gelösten Farbstoff erzeugt, der alle Hautschichten in diffuser Weise färbt. Der Farbstoff entsteht aus dem menschlichen Blute, durch die Sekrete des Tieres, die das Blut auch im Innern des Tieres in einen grünen, nur dem Pediculus pubis zukommenden Farbstoff umwandeln.

7. **Über eine seltene Lippenaffektion**, von Leopold Löw-Abbazia-Ischl. Bei einem 17jährigen Stubenmädchen findet sich an der Unterlippe, der Schleimhaut aufsitzend, eine grauweiſse plattenförmige, ungefähr 2 1/2 cm lange Auflagerung, die sich 2—3 mm über die Schleimhaut erhebt, von knorpelähnlicher Beschaffenheit, die Oberfläche etwas höckerig, die Konturen zackig; nirgends Erosionen oder Zerfall. Ein ähnlicher, im Zentrum bereits abgeheilter Herd auf der Oberlippe. Die Stellen verschwanden rasch nach Bepinseln mit einer alkoholisch-ätherischen Lösung von Perubalsam. Nach Verfasser kommt weder Lues, noch Lichen, noch Lupus erythematosus in Betracht, am meisten Wahrscheinlichkeit hat für ihn die Annahme einer parasitären Ursache.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 8. Mai 1909.

1. **Über den Einfluſs des Fibrolysins auf die Beseitigung von Harnröhrenstrikturen**, von Trautwein-Berlin. In zehn Fällen der Josephschen Poliklinik mit Strikturen, die undurchgängig oder nur mit filiformen Bougies zu passieren waren, wurden je fünf intravenöse Injektionen des Merckschen Fibrolysins vorgenommen und dadurch eine solche Erweichung der Strikturen erreicht, daſs meist schon in der kurz darauffolgenden Sitzung bis 20 Char. und in wenigen Sitzungen bis 30. Char. gedehnt werden konnte.

2. **Erklärung zu den Bemerkungen Solgers in Nr. 7 des Centralbl.**, von Ernst Diesing-Berlin. Den von Solger gegen die Theorien Diesings ins Feld geführten Albinismus erklärt D. mit „Anomalien des Schwefelstoffwechsels". „Selbstverständlich habe ich niemals sagen wollen, daſs die Albinos überhaupt keine Farbstoffe in ihrem Organismus bildeten, sondern ich erkläre von meinem Standpunkte aus die Erscheinung des Albinismus so, daſs ich den Albinos die Fähigkeit abspreche, die in den chromogenen Zellen des Rete Malpighii gebildeten Melanine in der Ursprungsform zu bewahren." *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 5. Mai 1909.

1. **Ein Fall von syphilitischem Schanker der Nasenschleimhaut**, von Pietro Stancanelli-Neapel. Kasuistik. 28jährige Ehefrau, die eine olivengroſse tumorartige Sklerose der knorpligen Scheidewand mit Verschluſs der einen Nasenhälfte und Auftreibung der Nase aufwies. Infektion wahrscheinlich durch den Finger; Infektionsquelle: die luetisch infizierte Schwester der Patientin, mit der sie in einem Bett geschlafen.

2. **Experimentelle Syphilis**, von Levy-Bing und Laffont. Über die Infektiosität der verschiedenen, zur Inokulation bei den bisherigen Arbeiten verwendeten Produkte der Syphilis; über Natur und Ursprung des Virus. Abdruck eines Kapitels aus dem demnächst erscheinenden Buche der Verfasser. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica.

Band III, Nr. 7. April 1909.

1. **Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane**, von B. Cholzoff-St. Petersburg. Eingehende Monographie (ca. 60 Seiten; 17 Abbildungen) über die Häufigkeit des Vorkommens, Art der Entstehung und Ausbreitung der Tuberkulose in den einzelnen, zum männlichen Geschlechtsapparat gehörigen Teilen.

2. **Heilung einer chronischen hartnäckigen Cystitis durch Kurettement der Blase per vias naturales**, von Francesco Purpura-Pavia. Beschreibung eines Falles; Abbildung des Instrumentes, das Verfasser angegeben, um ungefährdet in die Blase gelangen und diese ausschaben zu können. Indiziert erscheint dem Verfasser sein Instrument in den Fällen, in denen nach Versagen jeder medikamentösen Therapie an einen chirurgischen Eingriff gedacht wird; kontraindiziert ist dasselbe bei Tuberkulose. *W. Lehmann-Stettin.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

1908. Heft 5 und 6.

Klinische und bakteriologische Studie eines Hautgeschwürs im Gesicht, von DOHI und H. NAKANO.

Dermato-Urologische Gesellschaft in Tokio.

30. Sitzung. 6. Juni 1908.

Über die Wirkung von Euguformlebertran bei der Cystitis tuberculosa, von S. INOUYE.

Zwei Fälle von Porokeratose, von T. ITO.

Über die Sarcoma cutis, von H. TSUTSUI.

Demonstration von Lupus erythematosus, von M. MINE.

Über die Komplikation und die Metastase des Trippers, von T. KINOSTITA.

Demonstration von Tuberculosis verrucosa cutis, von T. HAMANO.

Demonstration von Mykosis fungoides, von K. DOHI.

Demonstration der mikroskopischen Präparate der Nephritis leprosa, von K. MITSUDA.

Demonstration von Psoriasis vulgaris, von T. OHKOSHI.

Demonstration von Impetigo contagiosa circinata, von S. WATANABE.

Demonstration von Verrucae planae juveniles und Ichthyosis serpentina, von T. ORIMO.

Ein Fall von Erythema nodosum, von H. NAKANO.

Über die Silberfällbarkeit des Leprabacillus und deren Wert für Differentialdiagnose zwischen Lepra- und Tuberkelbacillus, von Y. SAKAGUCHI.

Über die Adrenalintherapie bei Harnretention durch die Prostatahypertrophie, von T. OHNO.

31. Sitzung. 3. Oktober 1908.

Über die Wirkung der Tuberkulinsalbe für Lupus vulgaris, von T. OHKOSHI.

Über die Infektion von Lepra, von S. INOUYE.

Über die Serodiagnostik bei Syphilis, von S. TERAZAWA.

Zwei Fälle von Erythema nodosum ex usu natrii bromati, von T. SHIDACHI.

Demonstration von Syphiliskranken, von G. SATO.

Zwei Fälle von Harnröhrendivertikel, von T. SATO.

Über Angiokeratom, von M. SASAKAWA.

Zwei Fälle von Angiokeratom, von J. SAGAKUCHI.

Demonstration von Naevus systematicus und Keratosis follicularis, von J. JIDA.

Ein Fall von interessanter Harninfiltration, von S. NAKANO.

Demonstration von Pityriasis rubra Hebrae, von A. NAKAJIMA.

1909. Heft 1.

Beiträge zur Pathologie von Noma, von T. ITO-Tokio. Der Verfasser untersuchte vier verschiedene Fälle von Noma der Wange. Er fand in der Tiefe des kranken Gewebes, namentlich in der Grenzzone zwischen dem gesunden und kranken Gewebe, stets einen und denselben Bacillus beinahe in Reinkultur. Auch aus dem Wundsekrete gelang es ihm, denselben Bacillus zu isolieren und auf gewöhnlichen Nährboden zu kultivieren. Tierexperimente waren negativ. Der Bacillus ist meist an einem Ende dünn zugespitzt und am anderen abgerundet, seltener spindelförmig, gerade, häufiger aber leicht gebogen. Er ist isoliert oder zu mehreren geordnet. Am

ähnlichsten ist er dem RÓNAschen Bacillus, ist aber zum Unterschiede von diesem leicht kultivierbar, ohne Gestank und facultativ anaërob. Ob MATZENAUERS Bacillus identisch mit demselben ist, war nicht entscheidbar, weil ihm die Reinkultur fehlte. Die Schnitte wurden nach der Silbermethode von LEVADITI gefärbt.

Die Diagnostik der Syphilis nach WASSERMANN, NEISSER und BRUCK, von C. BRUCK-Breslau.

Ol. Camelliae zum Suspensieren des Salicylquecksilbers, von T. OHKOSHI-Tokio.

Über Syphilide, von T. TERAZAWA-Tokio. *Gunsett-Strafsburg.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1909. Nr. 2—3.

Beitrag zum Wesen der PAGETschen Krankheit, von J. ROSENBERG. Verfasser beobachtete im letzten Jahre zwei Fälle von PAGETS-Disease. Der erste Fall betrifft eine 67jährige Frau mit einer typischen Erkrankung der linken Brustdrüse. Interessanter ist der zweite Fall, in dem es sich um eine seltene Lokalisation der Erkrankung an den äufseren weiblichen Genitalien handelte. Die Erkrankung datiert seit vier Jahren, begann mit einem juckenden roten Fleck an der grofsen linken Schamlippe, der dann zur Schwellung derselben führte, sich allmählich verbreiterte und auf die rechte Schamlippe, Perineum und teilweise auf die Schambeingegend und Gesäfs überging. Auf diese Weise entstand ein handtellergrofser, unregelmäfsig ovaler, leicht erhabener Tumor, der sich deutlich von der umgebenden gesunden Haut abgrenzte; dessen rot verfärbte Oberfläche ist stellenweise von Epidermis entblöfst und teilweise pergamentartig verdickt. Der Verdacht auf PAGETsche Krankheit wurde durch die mikroskopische Untersuchung, deren Resultate eingehend geschildert werden, vollkommen bestätigt. Verfasser kommt nach kritischem Überblick der histologischen Bilder zu folgenden Schlüssen: Die Stachelschicht der Oberhaut wird bei der PAGETS-Disease dicker, die Epithelzapfen werden länger und breiter ihre Zellen unterliegen teilweise einer Degeneration, teilweise nehmen sie einen sogenannten anaplastischen Charakter an. Der Mechanismus der Entstehung der Erkrankung scheint vollkommen klar; unklar bleiben aber die Entzündungserscheinungen in der Haut und deren Verhältnis zu den Veränderungen im Epithel. Auf Grund der histologischen Bilder, besonders der des zweiten Falles, scheint die Annahme gerechtfertigt, dafs der Krebs bei der PAGETS-Disease sekundär auf dem Boden eines unbekannten Entzündungsprozesses zustande kommt: die entzündlichen Veränderungen sind hier in einer gröfseren Entfernung von der affizierten Stelle deutlich ausgesprochen, die Epithelveränderungen dagegen — so gut wie gar nicht.

Nr. 4.

Über den praktischen Wert der WASSERMANNschen Reaktion und der von BAUER vereinfachten Modifikation derselben, von J. WOJCIECHOWSKI. Nach Besprechung des Wesens und der Technik der WASSERMANNschen Reaktion und der von BAUER angegebenen Methode schildert Verfasser die eigenen, auf Grund von 230 untersuchten Fällen gewonnenen Erfahrungen. 147 Sera betrafen Luesfälle in verschiedenen Stadien, 83 Kontrollfälle, darunter 51 Sera vom nichtsyphilitischen Nabelschnurblut. Von drei Fällen von Sklerosen ergaben zwei vollkommene Hemmung der Hämolyse. Weiter wurde vollkommene Hemmung erzielt: unter 18 frischen Syphilitikern ohne Symptome 10mal, unter 34 sekundär-syphilitischen 28mal, unter sieben

latent-syphilitischen 4 mal, unter sechs Fällen von Lues cerebro-spinalis 3 mal, unter 43 Fällen von behandelter Lues ohne Symptome 13 mal, unter 36 Syphilisverdächtigen 11 mal.

Von 83 Kontrollfällen ergaben vollkommene Hemmung ein Fall von Ekzem, der vor vier Jahren öfteren Quecksilberkuren unterworfen wurde (? Ref.) und elf Nabelschnursera, die zur Kontrolle bei der Anwendung der BAUERschen Modifikation dienten; sieben dieser Nabelschnursera zeigten unvollkommene Hemmung der Hämolyse. Dieser letzte Umstand, den BAUER durch die Überladung des Nabelschnurblutes mit Lipoiden erklärt, bildet einen der wesentlichsten Nachteile der BAUERschen Methode, die in 85 Fällen allein, in den übrigen 195 parallel mit der WASSERMANNschen Reaktion durchgeführt wurde und sonst stets mit der letzteren beinahe identische Resultate lieferte.

Verfasser betont die eminente praktische Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion für die klinische Diagnose, insbesondere in Anfangsstadien der progressiven Paralyse und anderen luetischen Cerebrospinalerkrankungen, bei luetischen Affektionen der inneren Organe, der Augen und Ohren, ferner bei chirurgischen Erkrankungen, bei latent syphilitischen Ammen usw.

Beide Methoden, sowohl die WASSERMANNsche als auch die BAUERsche, die vom Verfasser als eine willkommene Vervollständigung der ersteren betrachtet wird, sollen nur in entsprechend eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. Ob die von LANDSTEINER, MASLAKOWETZ und LIEBERMANN, TSCHERNOGUBOW und NOGUCHI angegebenen Methoden, die kurz besprochen werden, eine wesentliche und nützliche Vereinfachung der Technik bedeuten, wird die nächste Zukunft zeigen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Beitrag zur Verwendung des galvanischen Stromes in der alltäglichen Praxis (Elektrolyse des Furunkels, Galvanisation der Epididymitis), von FERDINAND BECKER-Frankfurt a. M. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 6.) Verfasser macht aufmerksam auf die von MARCUS empfohlene Elektrolyse der Furunkel, die als einfaches und rasch zum Ziele führendes Verfahren eine größere Berücksichtigung verdient. — Dasselbe gilt für die von FERDINAND WINKLER empfohlene Galvanisation der Nebenhodenentzündung. Verfasser hat dieselbe in sieben Fällen akuter und in zwei Fällen subakuter blennorrhoischer Epididymitis mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die plastische Massage bei den Erkrankungen der Gesichtshaut, von RAOUL LEROY. (*Gaz. méd. de Paris.* 1909. Nr. 31.) Der Artikel enthält eine Zusammenfassung des bereits in Nr. 4 des 48. Bandes Seite 178 *dieser Monatshefte* referierten Buches des gleichen Autors. *Gunsett-Straſsburg.*

Über ein neues Verfahren zur Erzeugung von Hautreizen, von E. PLATE-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) Der vom Verfasser als Grandinator bezeichnete Apparat erstrebt, durch das Aufschlagen von harten Körperchen auf die Haut nach Art eines Hagelschauers eine Reizung der Hautnerven und Hyperämie zu erzeugen. Ein durch Kohlensäure betriebenes Gebläse treibt einen Strahl von Hirse-

körnern resp. Mohnsamen auf die zu behandelnde Stelle. Bei Varicen und eventuell beim chronischen Ulcus varicosum wäre die Verwendung zu empfehlen; im übrigen hat P. bei Ischias, Rheumatismus usw. damit gute Erfolge erzielt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über direkte Sonnenlichtkuren bei tuberkulösen Affektionen in den Höhenkurorten, von Hallopeau - Paris. (*Revue scientif.* 1909. Nr. 8.) Der Artikel handelt über Sonnenbäder bei interner und chirurgischer Tuberkulose. H. möchte dieselben auch bei Dermatomykosen, Syphiliden und Lepriden versucht wissen.

Gunsett-Strafsburg.

Indikationen für Kromayers medizinische Quarzlampe, von Wilhelm Lüth-Thorn. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 49.) Bericht über verschiedene Fälle von oberflächlichen Hautkrankheiten und einigen Krankheiten des Urogenitaltraktes (vorzüglich chronische Prostatitiden), bei denen die Quarzlampe aufserordentlich gute Dienste leistete. Insbesondere hebt Verfasser die gute Wirkung dieser Behandlung auf das Ekzem der Säuglinge und auf die Psoriasis hervor.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Erfahrungen mit wasserlöslichen „Alcuentasalben“, von Robert Kamprath-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Die Firma Dieterich-Helfenberg gibt eine neue Salbengrundlage in den Handel, welche durch feinste Bindung des Fettes mit Alkohol geschaffen ist. Das Alcuentum wird leicht und vollkommen resorbiert; mit Hydrargyrum läfst es sich nach den Beobachtungen K.s in kürzerer Zeit und in geringeren Quantitäten einreiben als die gewöhnliche graue Salbe; die mit Alcuentum behandelten Stellen werden nicht gereizt; Stomatitis tritt nicht auf; das Alcuentum-Hg beschmutzt die Hände nicht und läfst sicht leicht abwaschen.

Schourp-Danzig.

Über Alsolcrême, von Schüle - Freiburg i. Br. (*Ther. d. Gegenw.* April 1909.) Alsolcrême bewährte sich bei beginnendem Dekubitus, Wundsein, Intertrigo. Ein seit drei Jahren bestehendes Ekzema intertriginosum ani et scroti heilte unter Alsolcrême.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Chrysarobinvergiftung bei interner Anwendung, von Otto Friedrich. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 49.) Drei Knaben im Alter von drei, fünf und sieben Jahren bekamen durch Versehen des Apothekers je eine Messerspitze von Chrysarobin. Ungefähr eine Stunde nach der Einnahme trat bei allen drei Kindern starkes Erbrechen auf. Durch eine sehr ausgiebige Magenspülung sowie Verabfolgung von Klystieren wurde eine möglichst vollständige Entfernung des eingenommenen Chrysarobins erzielt. Im Speiseinhalt war Chrysarobin in recht reichlichem Mafse vorhanden; in dem Harn des jüngsten der Knaben wurde am anderen Tage Chrysophansäure nachgewiesen. Weitere Folgen hat die Vergiftung, wohl dank dem sofortigen Eingreifen, nicht gehabt. Verfasser weist darauf hin, dafs das Chrysarobin, welches ab und zu auch als Emetokatarrhticum angewendet wird, wegen der gefährlichen Nebenwirkungen zu den differenten Stoffen in der Pharmakopoe zu rechnen und in Zukunft in den Apotheken in Gefäfsen mit roter Schrift aufzubewahren ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Emophen zur Behandlung von Haut- und Geschlechtsleiden; ein Überblick über seine Verwendung bei Ulcus molle, von M. Lewitt-Berlin. (*Zentralbl. f. d. ges. Therapie.* 1909. Heft 3.) Emophen ist das beste Jodoformersatzmittel bei Ulcus molle. Ferner wirkte es günstig bei Unterschenkelgeschwüren, pustulösen Ekzemen und Impetigo, Balanitis. Verordnung: Emophen 2 g, Acid. boric. pulver. 4 g, m. f. p., oder Emophen 2 solut. in Ol. Olivar. 3, Adip. lan. 15,0, m. f. ungt.

Haas-Hamburg.

Das Fibrolysin in der Behandlung einiger Hautkrankheiten und der Harnröhrenstrikturen, von Giacomo Define-Neapel. (*Giorn. internat. d. scienc. med.* 1909. Nr. 5.) Das Präparat wurde mit vollständig negativem Erfolg verwandt bei allgemeiner Sklerodermie, bei fibröser Sklerosierung der Corpora cavernosa und Elephantiasis des Skrotums. Bessere Erfolge sah der Autor besonders in den schweren Fällen von Harnröhrenstrikturen. Er machte tägliche Injektionen von 2,3 ccm und beobachtete dabei zugleich den roborierenden Einfluſs des Mittels.

Gunsett-Straſsburg.

Flüssiger Kohlensäureschnee in der Dermatologie, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*The Ohio State med. Journ.* Aug. 1908.) H. empfiehlt den Kohlensäureschnee bei Naevi vasculosi und pigmentosi, bei Tätowierungen und bei Lupus erythematosus, bei Lupus vulgaris, Warzen, Epitheliomen. *Schourp-Danzig.*

Über Laktojod, von F. Stanjeck-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* April 1909.) Das aus Jod und Milcheiweiſs gewonnene Präparat enthält ca. 5% reines Jod. Versuche an 17 Kranken ergaben, daſs das Präparat eine milde, dem Jodkalium nahekommende Jodwirkung hat. Es wird besonders in Milch gern genommen und hat keine störenden Nebenwirkungen. In Betracht kommt die Nährkraft des Milcheiweiſses, zumal in Anbetracht des geringen Jodgehaltes groſse Mengen, dreimal täglich 5—10 g, genommen werden müssen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Linoval, eine neue Salbengrundlage, von Georg Luda-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1908. Nr. 21.) Empfehlung dieser neuen Salbengrundlage. Dieselbe ist vorwiegend eine Heilsalbe und soll auf schnelle und schmerzlose Art Wunden und Hautkrankheiten der verschiedensten Art zur Heilung bringen.

Arthur Schucht-Danzig.

Das metallische Quecksilber bei eitrigen Prozessen, von G. Gandolfo. (*Morgagni.* 1909. Nr. 2.) Empfehlung der grauen Salbe bei beginnenden Abscessen, Phlegmonen, Erysipel, Anthrax, Lymphadenitis usw. Nichts Neues.

Gunsett-Straſsburg.

Über die Bedeutung der Superoxyde für die Therapie und Kosmetik, von F. Dumstrey-Gr. Lichterfelde. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 12.) D. empfiehlt die Anwendung von Wasserstoff- wie von Magnesiumsuperoxyd bei eiternden und bei frischen Wunden, namentlich auch bei Fuſsgeschwüren; für die Behandlung von geschlechtlichen Krankheiten benutzt er als Streupulver Zinksuperoxyd, dessen Geruch- und Farblosigkeit er besonders rühmt.

Zu kosmetischen Zwecken kommen die Superoxyde als Mund- und Zahnwasser sowie als Badezusatz in Betracht. *Schourp-Danzig.*

Neue Indikationen für Thioleum liquidum, von M. Kretzmer-Dwinsk. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1909. Nr. 11.) Der Verfasser empfiehlt das Thiol als ausgezeichnetes Antiphlogistikum bei Epididymitis blennorrhoica und bei Ulcera cruris.

Schourp-Danzig.

Angioneurosen.

Meningeale Reaktionen bei den Kindererythemen, von Hutinel. (*Presse méd.* 1909. Nr. 24.) H. versuchte die cytologische Untersuchung des durch Lumbal-Punktion gewonnenen liquor cerebro-spinalis zur diagnostischen Unterscheidung der papulösen Kindererythema von den papulösen, jenen so oft auſserordentlich ähnlich sehenden Syphiliden der Säuglinge zu verwerten, ohne aber zu einem sicheren Resultat zu kommen. Dabei stellte sich heraus, daſs bei allen Fällen von frischer Dermatitis papulosa eine starke Lymphocytose des liquor cerebro-spinalis nachzuweisen war. Je

älter die Fälle, desto geringer war die Lymphocytose. Auch bei älteren Kindern mit Scarlatina und Masern, die durch ähnliche papulöse Ausschläge kompliziert waren, fand sich dieselbe Lymphocytose. Hier war allerdings immer eine Mischinfektion mit Streptokokken vorhanden. Trotz dieser Lymphocytose zeigten alle diese Kinder keine Spur von meningealen Symptomen. H. möchte daher die Lymphocytose des liquor cerebro-spinalis als eine gewöhnliche Begleiterscheinung des papulösen Kindererythems ansehen und ohne jede klinische Bedeutung nehmen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die malignen Erytheme besonders während des Typhus, von M. Brelet. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 31.) Im Verlauf des Typhus gibt es sowohl benigne Erytheme, welche in morbillenartiger oder polymorpher Eruption auftreten und in keiner Weise die Prognose der Krankheit beeinflussen, als auch maligne. Letztere sind besonders bei Kindern sehr häufig, treten unter Temperaturabfall in polymorpher Form besonders um die Gelenke herum auf, um sich dann aufser dem Gesicht auf den ganzen Körper auszubreiten und sind dann morbillenartig oder scarlatiniform. Ihr Auftreten ist immer von übelster Prognose. Differentialdiagnostisch müssen immer Arzneiexantheme, Variola, Scarlatina und Morbillen eliminiert werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Röntgenstrahlen bei Erythema multiforme, von W. S. Lain - Oklahoma. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 18.) Schnelle und anhaltende Wirkung bei einem Falle, bei welchem alle vorher angewandten internen und äufseren Mittel versagt hatten. *Schourp-Dansig.*

Über Beeinflussung des Strophulus (Lichen urticatus) durch Scheinwerferbehandlung, von E. Ruediger - Marburg a. d. Lahn. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 49, Heft 5 und 6.) Der Verfasser beobachtete einen Fall von Strophulus vier Jahre lang. Nachdem Diätänderung und Salbenanwendung ohne Erfolg geblieben waren, belichtete R. den Strophulus mit weifsem Kohlenlicht täglich 10—15 Minuten lang. Unter völligem Schwinden des Juckreizes heilten die Effloreszenzen in 24 Stunden ab. Die Dauer der einzelnen Strophulusschübe konnte auf 1 — 2 Tage verringert werden, während sonst die Dauer der einzelnen Erkrankung zehn und mehr Tage betrug.
Schourp-Dansig.

Dyspnoe und Urticaria nach Injektion von Diphtherieserum, von J. H. Bacon und Wright C. Williams-Peoria. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 15.) Mitteilung eines Falles, der nach jedesmaliger Injektion von Diphtherieserum mit diesen Erscheinungen reagierte. *Schourp-Dansig.*

Das chronische trophische Ödem (Trophoedème chronique), von Nové Josserand und Laurent-Lyon. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 42.) Die Autoren unterscheiden bei dieser Krankheit:

1. Die hereditären und familiären Formen, wobei die Krankheit besonders die weiblichen Mitglieder bevorzugt und am häufigsten zwischen dem 13. und 18. Lebensjahre auftritt. Es gibt aber auch kongenitale Formen. Die Verfasser geben zwei instruktive Stammtafeln von Meige und Milroy wieder, wo die Krankheit während drei bezw. vier Generationen verfolgt wurde.

2. Unterscheiden sie die nicht familiären akquirierten Formen, welche viel häufiger vorkommen und wo Scarlatina, Typhus und ähnliche Krankheiten in der Anamnese eine Rolle spielen. Auch Nervenkrankheiten begleiten sie häufig.

Das akquirierte Trophödem sitzt am häufigsten am Bein und Arm und ist immer segmentär angeordnet. Es umgiebt immer die Extremität vollständig und ist durch eine scharfe Furche von der gesunden Umgebung abgegrenzt. Es ist selten bilateral und Fufs und Gesicht sind immer verschont. Es ist ein hartes Odem, über dem die Haut, was Farbe, Temperatur und Sensibilität anbelangt, unverändert ist. Diese Ödeme haben oft ein sehr starkes Volumen, so dafs Differenzen von 10 cm zwischen

dem gesunden und kranken Glied keine Seltenheit sind. Oft sind die Kranken zu gleicher Zeit mit Degenerationen der Thyreoïdea behaftet, aber nicht immer. Die Behandlung dieser Ödeme ist absolut erfolglos im Gegensatze zum Myxödem, daſs auf Thyreoidpräparate reagiert. *Gunsett-Straſsburg.*

Kuhn stellt in der Gesellschaft der Charitéärzte (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) **einen Fall von schwerem angioneurotischen Ödem vor.** Bei der 45jährigen Kranken traten Schwellungen an verschiedenen Körperteilen auf. An der Haut des Unter- und Oberschenkels waren purpuraähnliche Flecken vorhanden. Ein zuletzt entstandenes Ödem der Unterlippe führte zu Gangraen und Exitus letalis. Die Sektion zeigte, daſs die inneren Organe weitgehend am Ödem beteiligt waren. Offenbar war eine allgemeine Gefäſsschädigung vorhanden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ungewöhnliche Fälle von Bromeruption bei Kindern, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 20. März. 1908.) Im Anschluſs an vier in den letzten zwei Jahren beobachtete Fälle von Bromeruption, welche Kinder im Alter von 5 Monaten, 3, 5 und 13 Jahren betrafen, bringt K. eine zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Arten dieses Arzneiausschlages und hebt zum Schlusse folgende Hauptpunkte hervor: Bromauschlag kann bei dazu empfänglichen Individuen (Idiosynkrasie) unabhängig von der Dosis oder der Dauer der Einnahme vorkommen; je gröſser die Dosis und je länger die Einnahme gewährt hat, um so wahrscheinlicher stellt sich die Hauteruption ein. In den meisten Fällen sind keine konstitutionellen oder subjektiven Symptome vorhanden. Infolge der langsamen Ausscheidung (des Broms) kann die Eruption noch einige Wochen, nachdem mit der Einnahme aufgehört wurde, auftreten. Beinahe jede Art von Hauteruption (von einfachen Bläschen bis zu groſsen Pusteln und Ulcera) kann vorkommen; im Kindesalter sind die Hauterscheinungen ausgedehnter und hartnäckiger, als bei Erwachsenen. Extremitäten und Gesicht sind die am häufigsten befallenen Teile; in der Mehrzahl der Fälle war an den Beinen der Ausschlag am weitesten verbreitet. Die Hautkomplikationen, die bei Bromeinnahme vorkommen, zeigen sich mit Vorliebe an Stellen vorhergehender Entzündung, wie an Impfmalen, Verletzungen usw. *Stern-München.*

Die Pellagra in Österreich und ihre Bekämpfung als Volkskrankheit, von L. Sofer (*Ther. Monatsh.* 1909. Heft. 4.) Die Pellagra ist in Südtirol, Görz, Gradiska und in der Bukowina heimisch. Sie ist in Österreich von Süden nach Norden, in Italien von Norden nach Süden im Fortschreiten; ihre Ausdehnung fällt mit den Grenzen des Maisanbaues zusammen. Schlechte soziale Lage und Ernährungsverhältnisse spielen in der Ätiologie eine Rolle. Das Programm der Aktion gegen die Pellagra zeigt daher das Bestreben, die Erwerbsverhältnisse der Bevölkerung zu heben. An einzelnen Orten wurde eine Verbesserung der Wasserversorgung veranlaſst. Die Behörden sind ferner bemüht, die Verwendung von ungesundem Mais zu verhindern, sowie den Genuſs von Maisnahrung überhaupt dahin einzuschränken, daſs sie nicht mehr die ausschlieſsliche ist. In S. Michele wurde eine Versuchsstation angelegt, welche sich mit der Maisuntersuchung befaſst.

Die Gemeindeärzte beteiligten sich bei dieser Aktion durch die Anzeigepflicht und stete Belehrung der Bevölkerung über die Gefahren des Maisgenuſses. Verdorbener Mais wird durch sie beschlagnahmt. Man strebt ferner an, den Maisanbau durch andere, gleich ertragreiche Kulturen zu ersetzen (Obst, Wein, Getreide, Erdäpfel, Rüben).

Zwecks Ermöglichung einer rationellen Behandlung errichtete die Regierung in Rovereto ein Pellagrosarium. Der Jahresbericht der Anstalt von Juni 1908 berichtet über 413 dort behandelte Kranke. Der Bericht bietet ein höchst erfreuliches Bild von der Fürsorge des österreichischen Staates für die Pellagrakranken.

Arthur Schucht-Danzig.

Über kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Säure, von BABES, VASILIN und N. GHEORGHUS. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr.6.)

Aus den 14 angeführten Pellagrakrankengeschichten geht hervor, daſs in allen Fällen, bei Kindern und Erwachsenen, in akuten und chronischen Fällen, ausnahmslos infolge ein- bis viermaliger Verabreichung von 0,5 Atoxyl in Injektionen und 4 mg arseniger Säure innerlich, sowie Einreibung einer arsenhaltigen Salbe Heilung nach 6—28 Tagen eintrat.

In sieben Fällen erfolgte die Heilung sogar schon in 6—10 Tagen. Die Beobachtungsdauer betrug mehrere Monate. Einige Kranke hatten 5 — 20 Jahre an Pellagra gelitten. Zunächst schwindet das Erythem und die Ödeme, dann sistiert die Diarrhoe; die geistige Verwirrtheit, Melancholie und Asthma heilen schnell. Auf Grund ihrer Erfahrungen dringen die Autoren auf die allgemeine systematische Behandlung der Pellagrösen mittels dieser und ähnlicher Methoden. Die auffallende Reaktion auf Arsenikpräparate ermutigt zu weiteren ätiologischen Forschungen: Es könnte nach Ansicht der Autoren für die Übertragung irgendein ähnlicher tierischer Zwischenwirt und für die Infektion oder Intoxikation ein tierischer Mikroparasit in Betracht kommen, analog zu Malaria, Piroplasmen, Trypanosomen.

Arthur Schucht-Danzig.

Bluttransfusion in einem Falle von Pellagra, von H. P. COLE-Mobile, Ala. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 8.) Der Verfasser ging von der Möglichkeit aus, daſs ein abgeheilter Fall von Pellagra eine gewisse Immunität für den Patienten schaft; er machte daher bei einer 35jährigen Pellagrakranken die Transfusion vom Blut einer Geheilten und sah bereits nach 24 Stunden Besserung, die zur Heilung führte.

Schourp-Danzig.

Ungewöhnlicher Fall einer Purpura fulminans bei einer Erwachsenen, von WLADYSLAV KLUGER. (*Przeglad lekarski* 1908. Nr. 41 u. *Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Unter dem von HENOCH für einige Fälle von zum Tode führender Purpura bei Kindern gewählten Namen „Purpura fulminans" beschreibt Verfasser einen Fall aus der medizinischen Klinik in Krakau, der eine 22jährige Person betrifft. Die gut gebaute und genährte Frau, die ihr sechsmonatliches Kind stillte, wurde plötzlich, nach einer akuten Halsaffektion, von zahlreichen Blutungen von verschiedenster Gröſse an der gesamten Haut- und Mundschleimhaut befallen, die sich im Laufe der nächsten Tage unter leichter Temperaturerhöhung rasch vermehrte. Am vierten Erkrankungstag ist es zu bedeutender Schwellung des Gesichts gekommen, aus dem stets geöffneten Munde flieſst ununterbrochen dunkles Blut mit Speichel vermischt. Am fünften Tag tritt bei immer schwächer werdendem Puls der Exitus ein. Der Sektionsbefund zeigte auſser Purpura eine chronische Nephritis und frische Lymphdrüsentuberkulose. Die Blutuntersuchung ergab auſser Leukocytose nichts abnormes. Verfasser glaubt, daſs zwischen der chronischen Nierenaffektion und der Purpura kein Zusammenhang bestand und neigt zur Annahme, daſs die in den Drüsen seit Kindheit latent gebliebene Tuberkulose erst in dem durch die Blutfleckenkrankheit geschwächten Organismus zum Durchbruch gekommen ist. Als ätiologisches Moment für die Purpura wäre im beschriebenen Falle die Allgemeininfektion von den Tonsillen aus, die unmittelbar vor dem Krankheitsausbruch befallen waren, in Betracht zu ziehen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von Purpura, von THEODOR C. MERRILL-Colorado. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52., Nr. 18.) Ein achtjähriger Knabe erkrankte mit heftigem Nasen- und Mundbluten unter zahlreichen Ecchymosen der Haut ohne Gelenkschmerzen. Unter Extr. fluid. Hydractis und Calcium sulfuratum trat Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Traumatische Entzündungen.

Eine neue Operation des eingewachsenen Nagels, von William L. Keller-Manila. (*New York med. Journ.* 20. Febr. 1909.) Die „neue“ Operation, die in Spaltung des Nagels in der Mitte, Reinigung der Ränder u. s. f. besteht, ist bei uns eine schon längst geübte. K. rühmt ihr Einfachheit, rasche Heilung, geringe Gewebszerstörung und geringe Schmerzwirkung nach. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Die Behandlung der Erfrierungen mit lokaler Arsonvalisation, von Oscar Scheuer-Wien. (*Wien. klin. Rundschau.* 1909. Nr. 19.) Bei den vom Verfasser behandelten 14 Fällen wurde jede betroffene Stelle mit der Elektrode aus 4 mm Entfernung bestrahlt durch drei Minuten. Nach jeder Bestrahlung trat das Gefühl von Pelzigsein ein, das bald in völlige Anästhesie überging, um nach etwa 15 Minuten einem Hitzegefühl Platz zu machen, das aber schnell wieder verschwand. Besserung, d. h. Fehlen des Juckreizes und des Hitzegefühls trat bei fünf Patienten schon nach viermaliger Bestrahlung ein, vier mufsten zehnmal bestrahlt werden. Die übrigen vier standen 12—15 mal in Behandlung.

Der Verfasser sieht in der Arsonvalisation kein Specificum gegen Perniones, empfiehlt sie aber wegen der Reinlichkeit, Bequemlichkeit und Kürze der Behandlung. *Schourp-Danzig.*

Zwei Fälle von simulierten Veränderungen der Haut, von Lebedew. (*Medicinskoje Obosrenje* 1909. Nr. 2, S. 131.) Bei zwei zur Verschickung verurteilten und wegen eigentümlicher Hautveränderungen dem Moskauer Gefängnishospital überwiesenen Gefangenen wurden folgende Erscheinungen beobachtet: dunkelbraune, vorwiegend runde, aber nicht regelmäfsige, verschieden grofse Flecke mit weifslicher Narbenbildung im Zentrum. Da diese Flecke nur die bedeckten Körperteile betrafen und von gar keinen anderen Störungen begleitet waren, trat der Charakter von simulierten Störungen leicht zutage. Nachforschungen und das spätere Eingeständnis des einen der beiden Gefangenen ergaben, dafs die Veränderungen durch Ätzung mit ungereinigter Karbolsäure erzeugt worden waren. *A. Jordan-Moskau.*

Dermatitiden pflanzlichen Ursprungs, von Macé de Lepinay. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 16.) Einer Arbeit Bretins „De l'origine de certaines dermatites“ (Rey, Lyon 1909) entnommene Zusammenstellung der Pflanzen, die Dermatitiden erzeugen. Es sind das gewisse Koniferen, besonders Sabina, Wachholder, Thuya; Arum maculatum (Aronsstab); Hyacinthus orientalis; Scilla officinalis; Colchicum autumnale; die Vanilleschote; Brennessel; Hopfen; Ficus carica (der gemeine Feigenbaum); Euphorbia (Wolfsmilch); einige Ranunkulazeen wie Helleborus niger (schwarze Niefswurz), Aconitum (Eisenhut), Ranunculus (Hahnenfufs), die Anemonen, Clematis (Waldrebe); Chelidonium maius (Schöll- oder Goldwurzel); die meisten Cruciferen, besonders Sinapis nigra; Tropoeolum maius (spanische, türkische Kresse); Linum (Flachs, dessen Fasern bei der Bearbeitung in warmem Wasser Hautentzündungen erzeugen können); Ruta (Raute); Rhus (Sumach); Pfirsiche; Bohnen; Thapsia (Böskraut); Pastinaca; die Artischoke; einige Kompositen, wie Arnica, Chrysanthemum leucanthemum (Mafslieb), Pyrethrum (Bertramwurz); die chinesische Schlüsselblume; die pulverisierte Ipecacuanhawurzel; die Rinde des Chinarindenbaumes; gewisse Kryptogamen, wie sie am spanischen Rohre sich finden.

Die Dermatitiden pflanzlichen Ursprungs sind in ihrer Dauer und Intensität ungemein verschieden; die hauptsächlichsten Symptome sind Rötung der Haut mit peripherem Ödem, Papeln, Blasen und Pusteln und starker Pruritus. *Götz-München.*

Dermatitis venenata infolge Haarfärbemittels, von ALFRED SCHALEK-Omaha. (*Journ. americ. med. assoc.* 1909. Bd. 52, Nr. 7.) Bei einer Dame entstand jedesmal nach Anwendung von PATTERS reinem Walnufssaft-Haarfärbemittel eine stark juckende Dermatitis der Kopfhaut und des Gesichts mit Ödem der Augenlider.

Schourp-Danzig.

Beitrag zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen in der gesunden Haut, hervorgerufen durch β-Naphtoleinwirkung, von WLADYSLAW KOPYTOWSKI. (*Medycyna* 1908. Nr. 46.) Um die Veränderungen zu studieren, die das β-Naphtol in der gesunden Haut hervorzurufen imstande ist, applizierte Verfasser eine β-Naphtolsalbe (mit Vaselin 1 : 12, 1 : 10, 1 : 16 und 1 : 8) auf die Skrotalhaut junger Leute (im Alter von 18—35 Jahren) und untersuchte dieselbe histologisch nach 2—4tägiger Einwirkung der Salbe. Auf diese Weise wurden zehn Fälle untersucht und die so gewonnenen histologischen Bilder werden eingehend geschildert. Im Vergleich mit der vom Verfasser bereits früher studierten Resorzineinwirkung finden wir hier folgende Unterschiede: Die Einwirkung des β-Naphtols ist viel intensiver; die Parakeratose kommt hier sehr deutlich zum Ausdruck; die Zellen sind mehr verändert. Der leukotaktische Einflufs des β-Naphtols ist deutlich ausgesprochen, während er bei Resorzineinwirkung kaum bemerkbar erscheint. Ferner unterscheidet sich das β-Naphtol von Resorzin dadurch, dafs es zum Zerfall des Stratum spinosum führt. Andererseits fehlt bei β-Naphtoleinwirkung die Vermehrung des Gefäfsendothels und dessen Einwachsen in das Stratum germinativum, wie dies bei Resorzineinwirkung der Fall ist. Die übrigen Veränderungen, die Mitosenbildung, die Pigmentanhäufung an der Hautoberfläche, die Erweiterung der Lymph- und Blutgefässe, sind bei beiden Mitteln gleich ausgesprochen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster und Syphilis, von OTTO STEINMEYER. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) Nach einem Überblick über die Entwicklung unserer Kenntnis des Herpes Zoster beschreibt Verfasser zunächst einen Fall LESSERS, der eine Patientin betrifft, die zunächst nur wegen eines Herpes zoster gangraenosus behandelt wurde, da anamnestisch und nach dem objektiven Befund kein Verdacht auf Syphilis vorlag. Da später Syphilis mit Sicherheit festgestellt wurde und Patientin vorher niemals eine spezifische Behandlung durchgemacht hatte, so bildete dieser Fall für die Annahme, dafs unter den chronischen Krankheiten auch die Syphilis als Ursache eines Herpes zoster in Frage kommt, eine wichtige Stütze. Durch den positiven Erfolg der spezifischen Kur ist die Luesdiagnose sichergestellt. Den Herpes führt Verfasser auf die Lues zurück in der Annahme, dafs sich im Ganglion Gasseri durch Einwirkung des syphilitischen Virus irgendwelche pathologische Veränderungen abgespielt haben, welche den Herpes zoster auslösten. Dieser Fall erscheint dem Verfasser ganz besonders wertvoll für die Einreihung der Syphilis unter die ätiologisch für den Herpes zoster in Betracht kommenden Krankheiten, weil bei Ausbruch des Zoster die Patientin noch keiner spezifischen Behandlung unterworfen war. Für diese Ätiologie spricht ferner, dafs die zurückgebliebenen neuralgischen Beschwerden und Schmerzanfälle nach Gebrauch der spezifischen Kur bedeutend nachliessen.

Ein zweiter Fall betrifft einen 35jährigen Mann. Hier ist der Herpes zoster nicht unbedingt auf die bestehende Lues zurückzuführen, sondern man könnte seine Entstehung auch dem Einflufs des in grofsen Dosen gegebenen Quecksilbers zuschreiben. Letzteres ist immerhin unwahrscheinlich, da der Zoster erst zwei Monate nach Gebrauch der letzten Kur ausbrach.

Ein dritter Fall betrifft einen 41jährigen Mann, der sich vor 15 Jahren mit Lues infiziert hatte. Zurzeit besteht an der einen Stirnseite im Bereich des N. frontalis ein markstückgroſser, schwärzlicher Herd mit polyzyklischer Begrenzung und einigen verschorften Bläschengruppen am Rande, so daſs ein typischer Zoster gangraenosus angenommen werden muſste. Die Frage, ob ein Spätsyphilid vorliege, muſste verneint werden, da die Erkrankung mit Schmerzen und Bläschenausbruch akut begonnen hatte und der nekrotische, sehr deutlich polyzyklisch begrenzte Schorf und die kleinen Bläschengruppen am Rande sowie eine leichte Drüsenschwellung die Diagnose Zoster sicher machten.

Aus dem einfachen Zusammentreffen selbst mit neuen Eruptionen spezifischer Infiltrate auf der Haut oder den Schleimhäuten usw. darf natürlich nicht ohne weiteres auf die syphilitische Natur des Zoster geschlossen werden. Die durch Quecksilberinjektionen hervorgerufenen Fälle schliessen sich für gewöhnlich so unmittelbar an den therapeutischen Eingriff an, daſs sie nicht allzu schwer zu deuten sind. Eine spezifische Erkrankung oder Schädigung des Intervertebralganglion durch das syphilitische Virus (oder auch Toxin?) ist natürlich in jedem Stadium der Erkrankung möglich. Die vom Verfasser neu berichteten Fälle gehören dem tertiären Stadium der Lues an. In der Literatur konnte Verfasser ausser solchen auch eine Anzahl von Fällen aus der sekundären Periode zusammenstellen, in welchen sich aus der Art des Auftretens, dem Verlauf, der Wirkung des Jodkali auf den Rückgang der Hauterscheinungen, bezw. der begleitenden Schmerzen, die syphilitische Natur der Gürtelrose wahrscheinlich machen lieſs.

Ist es auch sehr wahrscheinlich, daſs es einen wirklichen, auf syphilitischer Erkrankung der Ganglien, Nerven oder ihrer Hüllen beruhenden Zoster gibt, so wird doch die syphilitische Natur solcher Fälle erst durch den Sektionsbefund erwiesen werden können, wenn es gelingt, spezifische histologische Veränderungen oder die Spirochaete pallida im Krankheitsherd aufzufinden. *Fritz Loeb-München.*

Tabes dorsalis mit Hämatemesis und Herpes zoster atypicus während des Verlaufes und Milchsekretion bei einer 62jährigen Frau. Ein Beitrag zur Lehre von der Milchsekretion, von Anton Siding - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 8 u. 9.) Die abnorme Milchsekretion, die zehn Jahre nach dem Klimakterium ohne vorhergegangene Geburt einsetzte und zehn Jahre lang in wechselnder Stärke anhielt, wird in ursächliche Beziehung zu der Tabes gesetzt und als Reflexneurose infolge tabischer Störungen im abdominellen sympathischen Geflechte angesehen. Der hier in erster Linie interessierende atypische Herpes zoster wird ebenfalls auf Störungen im Bauchsympathicus, also vasomotorische Störungen zurückgeführt; der Zoster trat in einzelnen Schüben an den verschiedensten Stellen des Körpers, jeweils mit gleichzeitigem blutigen Erbrechen und blutig-wässrigen Stühlen auf; zeigte am Rücken eine ausgesprochene bilaterale Anlage, während die an Vorderarmen und Unterschenkeln verteilten Gruppen den Charakter eines Herpes generalisatus zeigten. Verschiedene Eruptionsgruppen traten abortiv in Form kleinlinsengroſser Papeln ohne Bläschenbildung auf. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatitis herpetiformis Duhring, von Charlotte Tóth - Budapest. (*Orvosi Hetilap* 1909. Nr. 3.) Ein achtjähriger Knabe leidet angeblich seit drei Wochen an einer typischen Krankheit. Nach fünf Wochen seiner Aufnahme ins Kinderspital trat bei ihm eine Albuminurie mit Nephritis auf mit Ödemen, Urämie und Eklampsie, welche nach Venaesektion aufhörte. Nach Abklingen der Nephritis heilte auch die Hautkrankheit dauernd. *Porosz-Budapest.*

Drei Fälle von Malum perforans der planta pedis mit Nervendehnung behandelt. Heilung ohne Rezidiv, von Lop - Marseille. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 34.)

In dem einen Fall mufste zuerst die grofse Zehe, an deren Basis das Malum perforans safs, exartikuliert werden. Nach deren Heilung wurde, um Rezidiven vorzubeugen, die Dehnung des Nervus tibialis hinter dem Malleolus vorgenommen. Bereits sechs Tage nach der Operation kehrte die Sensibilität der Planta pedis, die vorher nicht vorhanden war, wieder. In den übrigen Fällen heilte das malum perforans selber, trotz vorhergehender lokaler Behandlung erst nach Ausführung der Nervendehnung.

Gunsett-Strafsburg.

Akute Exantheme.

Über Wundscharlach, von L. Kredel-Hannover. (*Arch. f. klin. Chir.* B. 87, Nr. 4.) Von 28 Scharlachinfektionen, welche der Verfasser in einem Jahre in seinem Krankenhause beobachtete, traten zwölf unmittelbar nach einer Operation, eine bei einer frischen Verbrennung auf. Es handelte sich fast durchweg um gröfsere Operationen — Leistenbruchoperationen, Resectio strumae, Exenteratio ophitae, Sehnenplastik, Klumpfufsoperationen u. a. —, bei welchen die Dauer der Operation, wie auch die Fläche und Form der Wunde die Infektion begünstigen konnten. Kr. bestätigt die Erfahrung, dafs die Inkubation bei Wundscharlach äufserst kurz sein kann; einmal wurde nur ein Tag, sechsmal zwei Tage, dreimal drei Tage und je einmal fünf, sechs und acht Tage notiert. Die Beziehungen der Wunde zur Scharlachinfektion glaubt Kr. in einer Infektion der Wunde während der Operation suchen zu müssen.

Schourp-Danzig.

1. **Der Symptomenkomplex beim Vaccinescharlach,** von Wladimirow.

2. **Schutzimpfungen beim Scharlach während der Epidemie zu Ende des Jahres 1907 im Krassnokutschen Bezirk des Bogoduchschen Kreises im Gouvernement Charkow,** von Emeljanow.

3. **Beobachtungen über die Antischarlachvaccine von Prof. Gabritschewsky und ihre Bedeutung für den Kampf mit den Scharlachepidemien,** von Dorofejew.

4. **Über die Scharlachschutzimpfungen,** von Schamarin.

5. **Versuche mit Anwendung der Gabritschewskyschen Streptokokkenvaccine in der Landpraxis,** von Smirnow.

6. **Einige Bedenken wider die Scharlachschutzimpfungen auf Grund der Scharlachepidemie in der Stadt Wytegra,** von Strjelkow.

7. **Zur Frage der Gabritschewskyschen Vaccine,** von Selikin. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 12.) In der dem Andenken weiland Prof. G. Gabritschewsky gewidmeten Nr. 12 der *Wratschebnaja Gaseta* findet sich eine ganze Reihe von Artikeln über die für Rufsland so wichtige Frage der Schutzimpfungen gegen Scharlach mit der Gabritschewskyschen Streptokokkenvaccine. Wladimirow charakterisiert den gelegentlich nach der Impfung auftretenden Pseudoscharlach, den er Vaccinescharlach nennt, durch einen kurzen Verlauf, mit Entwicklung des Ausschlags in wenigen Stunden, Auftreten einer Himbeerzunge bereits am zweiten Tage nach der Impfung und Fehlen der Schilferung. Stud. Emeljanow spricht sich auf Grund von 317 Schutzimpfungen während einer Scharlachepidemie auf dem Lande dahin aus, dafs die Vaccination von unschätzbarem Wert ist. Dorofejew und Schamarin sind zu ähnlichem Resultat bei ihren Beobachtungen von Scharlachepidemien, gleichfalls auf dem Lande, gekommen. Smirnow sagt von den Vaccineimpfungen, sie geben tröstliche Resultate beim Kampf mit dem Scharlach, indem sie die Empfänglichkeit für die Ansteckung verringern und die Sterblichkeit herabsetzen, dabei ist das Mittel ungefährlich und billig. Selikin dagegen nennt die Schutzimpfungen nicht gefahrlos und Strjelkow, welcher als einziger seine Beobachtungen an einem städtischen Material

gemacht hat, hält den Nutzen von den Impfungen für problematisch und zum mindesten für den Organismus nicht gleichgültig. *Arthur Jordan-Moskau.*

Beitrag zur Pathologie und Therapie des Scharlach, von Theodor Zangger-Zürich. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1909. Nr. 5.) Z. weist darauf hin, daſs das Scharlachvirus seinen günstigsten Unterschlupf im tonsillären, im peritonsillären Gewebe und ganz besonders im Nasenrachenraum findet, und hält deshalb die lokale antiseptische Behandlung des Nasenrachenraums und des Pharynx für äuſserst dringlich. Als Antiseptikum empfiehlt er 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung und als Applikationsform den Spray. Er sah bei dieser Behandlungsart, die er systematisch bei allen Fällen von Scharlach benutzt, fast keine Komplikation, wie Albuminurie, Drüsenschwellung, Otitis usw. vorkommen. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage der Wassermannschen Reaktion bei Scharlach, von R. Fuá und H. Koch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 15.) Die Untersuchung von 353 Sera von Scharlachkranken fiel 45 mal positiv und 308 mal negativ aus, wie aus einer Literaturübersicht hervorgeht. Die Verfasser untersuchten 59 Fälle, welche alle eine Wassermannsche Reaktion ergaben; danach wird der praktische Wert der Reaktion durch die bei Scharlachkranken erhobenen Befunde nicht im geringsten herabgesetzt. *Schourp-Danzig.*

Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach, von Viktor Hecht, Mathilde Lateiner, M. Wilenko-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 15.) Die Untersuchungen bezogen sich auf 119 Scharlachsera bei 106 Fällen — 96 Patienten und 10 Leichen —. Darunter waren nur drei komplette Bindungen, von denen zwei auf Leichensera fallen. Dem Scharlachleberextrakt kommen keine spezifische Eigenschaften zu. Der Wert der Komplementbindungsreaktion für Lues wird durch die sporadischen und vorübergehenden positiven Befunde bei Scharlach nicht beeinträchtigt. *Schourp-Danzig.*

Beiträge zur Kenntnis des Scharlachrezidivs, von Ernst Fürth-Flitsch. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 46.) Verfasser beobachtete einen Fall, bei dem 40 Tage nach Auftreten des Scharlachs eine Glomerulonephritis entstand und nach weiteren 3½ Monaten sich ein Scharlachrezidiv einstellte. Die Nierenerkrankung wird vom Verfasser als Bindeglied zwischen dem ersten Affekt und dem Rezidiv dargestellt. Prophylaktisch wäre demnach der Nephritis ein erhöhtes Augenmerk zu schenken, weil sie auch nach längerer Zeit, bei schon seit vielen Wochen beendeter Desquamation, eine Quelle der Ansteckung sowohl für den Kranken selbst, als auch für seine Umgebung bieten könnte. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Drei Fälle von gangränöser Angina im Verlauf der Scarlatina, von A. Romeo. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 5.) Beschreibung dreier Fälle, von denen zwei letal verliefen. Sie betrafen drei- bis fünfjährige Kinder und wurden alle drei mit Diphtherieserum behandelt. Bakteriologische Untersuchung der Fälle fehlt. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Anginen bei der Scarlatina, von L. Babonneux und M. Brelet. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 21.) In diesem Teile ihrer Arbeit behandeln die Autoren Bakteriologie und Behandlung. Sie empfehlen prophylaktisch in jedem Falle von Scarlatina häufige Mundspülungen und besonders in Kinderspitälern Preventiveinspritzungen von Diphtherieserum. Auch bei der pseudomembranösen Angina der Erwachsenen soll immer nach dem Löfflerschen Bacillus gefahndet und dementsprechend gehandelt werden. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Magendarmstörungen im Beginn der Scarlatina, von Ch. Lesieur und L. Baur. (*Presse méd.* 1909. Nr. 15.) Übelkeit, Brechen und Durchfälle sind konstante Begleiter der Scarlatina und können, z. B. wenn das Exanthem fehlt, zur

Diagnosenstellung wichtige Dienste leisten. Ob es sich dabei um ein gastro-intestinales Exanthem oder eine Intoxikationserscheinung, oder ein Ergriffensein des Lymphdrüsensystems des Darmes handelt, bleibt dahingestellt. Zu berücksichtigen ist auch das öftere Zusammentreffen von Appendizitis mit Scarlatina. *Gunsett-Strafsburg.*

Der plötzliche Tod bei der Scarlatina, von A. Gouchet und Frl. Dechaux. (*Presse méd.* 1909. Nr. 16.) In allen Stadien der Erkrankung, sowohl vor Ausbruch des Exanthems, als in den ersten Tagen einer anscheinend ganz benignen Scarlatina, als zu Beginn der Rekonvaleszenz und noch ganz spät, mit und ohne Nephritis, kann der Kranke unter plötzlichem Kleinwerden des Pulses und ungeheurer Vermehrung der Frequenz in wenigen Stunden trotz vorherigen Wohlbefindens sterben. Bei der Autopsie ist nie ein Anhalt für die Ursache dieses plötzlichen Todes gefunden worden, der trotz relativer Häufigkeit in bezug auf seine Ätiologie noch vollständig in Dunkel gehüllt ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Rubeola, von K. Preisich-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujsáp.* 1909. Nr. 3. Während der letzten zwei Jahre sah P. 35 Fälle von Rubeola, die mit der Fehldiagnose als Scarlatina oder Morbillen auf die Infektionsabteilung des Szt. László-Spitals gebracht wurden. Der Autor meint, dafs diese seine Erfahrung nicht auf der Unkenntnis der Ärzte beruht, sondern vielmehr in der nicht genügend präzisierten Beschreibung der Krankheit und ihres Verlaufes. Die Lokalisation des Exanthems ist die der Morbillen; die Farbe der Gesichtshaut hat etwas Sonderbares an sich. Sie ist rostbraun. Das Exanthem ist nur auf der Schleimhaut der Buccae zu sehen. Die Drüsenschwellung am Nacken und über dem Prozessus mastoideus ist als diagnostisches Hilfsmittel nicht von besonderem Werte. P. fand solche bei fast sämtlichen Kindern seiner Abteilung unter fünf Jahren. Doch fand er nicht allein bei rubeolenkranken Kindern die Drüsenschwellung in dem Sulcus des Biceps in der Nähe des Ellenbogengelenks; bei der Untersuchung anderer Kinder war der Befund derselbe. Geringes Fieber und Katarrh der Schleimhäute und das Auftreten des Exanthems in ein bis zwei Tagen sind die charakteristischen differentialdiagnostischen Zeichen der Krankheit. Das Exanthem ist bei Rubeola rosafarbig, glatt, glänzend. Bei den Morbillen ist die Schleimhaut locker, bei Rubeola sind punktförmige Blutungen auf dem Gaumen zu sehen ohne Rachenerkrankung. Der Ausschlag befällt das ganze Gesicht gleichmäfsig; Stirn, Ohren, Lippen werden auch befallen, während bei Morbillen das nicht der Fall ist. Im zweifelhaften Falle ist es angezeigt, die Krankheit für ernst zu halten. *Porosz-Budapest.*

Lidgangrän und andere Augenkomplikationen der Varicellen, von J. D. Rolleston-London. (*Med. Chronicle.* Jan. 1909.) Bei einem 16 Monate alten Knaben, der Scharlach und Varicellen hatte, wurde ein Varicellenbläschen, das auf dem stark ödematös geschwollenen rechten oberen Augenlid safs, gangränös; die Gangrän dehnte sich vom äufseren Canthus über das ganze untere Lid aus, kam aber am elften Tag zum Stillstand und heilte mit Narbenbildung und leichtem Ektropion. In der Literatur ist dies erst der vierte Fall von Gangrän der Augenlider bei Varicellen.

W. Lehmann-Stettin.

Blattern vor und nach der Entdeckung der Schutzimpfung, von Jay Frank Schamberg-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 16. Jan. 1909.) Historische Übersicht über die Verheerungen, welche die Blattern in europäischen und aufsereuropäischen Ländern angerichtet haben. Der Ursprung der Blattern ist noch nicht definitiv festgestellt, wahrscheinlich traten sie zuerst im Orient auf und wurden von da nach Westeuropa eingeschleppt. Aufser einer heftigen Epidemie, die im Jahre 1241 in Island geherrscht haben soll, haben wir keine beglaubigte Notiz über die Blattern vor dem 15. Jahrhundert, wo sie in Europa aufzutreten begannen und von

da ab nur einen geringen Prozentsatz der Bevölkerung verschonten. Der berühmte Mathematiker Daniel Bernouille schätzte um die Mitte des 18. Jahrhunderts die Zahl der jährlichen Todesfälle an Blattern auf ca. 600000, und in je 25 Jahren auf etwa 15000000. In Mexiko wurden ganze Indianerstämme von den Blattern ausgerottet und Catlin stellt fest, dafs von zwölf Millionen Indianern sechs Millionen den Blattern zum Opfer fielen. In Schweden starben in den 28 Jahren vor Einführung der Schutzimpfung von je einer Million der Bevölkerung 2050 Personen, in den 40 folgenden Jahren (der Impfperiode) 158, u. s. f. ist das rapide Herabgehen der Sterblichkeit an Blattern in allen Ländern mit Einführung der Schutzimpfung zu konstatieren. Die allgemeine Besserung der sanitären Zustände, wie sie die letzten Jahre allenthalben mit den Fortschritten der Hygiene Platz gegriffen hat und womit die Impfgegner die Abnahme der Blattern zu erklären suchen, kann nicht derselben zugeschrieben werden; denn die Mortalität an anderen Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach, Keuchhusten hat absolut nicht abgenommen. Während des 19. Jahrhunderts haben Blattern in epidemischem Auftreten in den verschiedensten Ländern geherrscht, und zwar im allgemeinen proportional mit der Vernachlässigung der Schutzimpfung. Bedingung für den Erfolg derselben ist aber nicht nur die einmalige, sondern die Wiederimpfung. Das glänzendste Beispiel hierfür ist Deutschland, wo seit dem Gesetz von 1874 keine Blatternepidemie mehr und z. B. im Jahre 1897 im ganzen Reich nur fünf Blatterntodesfälle vorgekommen sind. Andererseits starben zwischen 1893 und 1897 im russischen Reich an Blattern 275502, in Spanien 23000 Personen, in Ungarn über 12000, in Österreich und Italien über 11000 und in Deutschland während dieser Periode nur 287, das ist ein Todesfall an Blattern auf je eine Million Personen pro Jahr, wobei es sich nachweislich stets um eingeschleppte Fälle gehandelt hat. In Philadelphia herrschte von 1901—1905 eine Blatternepidemie, welche 5000 Personen befiel und 500 Todesfälle zur Folge hatte; kein Todesfall kam bei Personen vor, welche mit Erfolg geimpft worden sind. Sch. drückt schliefslich die Überzeugung aus, dafs die Blattern bald nur mehr der Geschichte angehören würden, wenn allgemein Impfung und Wiederimpfung eingeführt sein würden, eine Prophezeihung, welche Thomas Jefferson schon im Jahre 1806 gegen Jenner aussprach. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium der Blattern und der Vaccine und anderer ähnlicher Krankheiten, von Camillo Terni-Mailand. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 50, H. 1.) T. nimmt aus seinen Untersuchungen, wozu ihm Blatternepidemien in Messina (1896—1901), in Rio de Janeiro (1899—1900), in Mailand (1903) usw. reiches Material lieferten, folgendes als feststehend an. Variola und Vaccine und andere mit denselben verwandte Krankheiten (Varicellen, Schafblattern und Aphthen bei Tieren) sind von der Bildung eosinophiler Elemente begleitet, welche in bestimmten Geweben wohl charakterisierte Evolutions- oder Regressionsstadien durchmachen, deren Resultat die Produktion von Körperchen ist, die ähnlich den Sporen der von Chromatin eingeschlossenen Körperchen ist. Diese neuen Elemente sind vielleicht ein Stadium in der Entwicklung der Guarnierischen Körperchen und bilden sich während der Krise des pathologischen Prozesses, indem sie sich in die Gewebe verbreiten, wo sie sichtbar bleiben, bis die Produkte der Erkrankung virulent sind. Der Zusammenhang zwischen diesen eosinophilen Gebilden und der spezifischen Wirksamkeit der Jennerschen Vaccine und der Variolalymphe ist ein derartiger, dafs man aus Quantität und Qualität der ersteren auf die Infektionsfähigkeit dieses Virus schliefsen kann. In der Tat waren bei den schwersten Formen der (konfluirenden und hämorrhagischen) Blattern die ganze Haut und Darmschleimhaut und das Knochenmark dicht von eosinophilen Körperchen durchsetzt, während sie bei den leichten Formen auf die einzelnen Pusteln

beschränkt blieben. Und auch bei der Schutzimpfung bilden sie den Fingerzeig dafür, ob die Entwicklung der Pusteln eine normale und daher das Resultat der Impfung ein positives sein wird. Diese Beobachtung wird daher in der Folge die positive Kontrolle der Schutzimpfung bilden: wenn die Lymphe unrein und die Virulenz eine geringe ist, sehen wir eine Abnahme der eosinophilen Körperchen bis zu ihrem völligen Verschwinden und mit der Intervention der Bakterien wechselt vollständig das histologische Resultat der Lymphe, wo die Eiterkörperchen und vielkernigen, neutrophilen und basophilen Leukocyten vorherrschen. *Stern-München.*

Die initialen Erytheme der Pocken, von R. S. Thomson und John Brownlee. (*Quart. Journ. med.* Januar 1909.) Die prodromalen Erytheme bei echten Pocken sind von den Verfassern in den letzten zehn Jahren in Glasgow in gröfserer Anzahl beobachtet worden; von allgemeinen Erythemen sind sowohl scharlachähnliche wie auch masern- und erysipelartige und solche mit urtikariellem Charakter beschrieben worden; letztere haben die Verfasser nie gesehen. Aber auch lokale, auf bestimmte Körperteile beschränhte Eruptionen sind nicht selten, und hier sind nicht nur Petecchien und Petecchien-ähnliche Effloreszenzen, sondern auch vesikuläre Eruptionen, in ganz seltenen Fällen auch gröfsere Blasen bis zu Haselnufsgröfse beobachtet worden. Prodromale Exantheme finden sich meist bei Patienten nach der Pubertät, bei Kindern sind sie sehr selten. Im allgemeinen läfst sich sagen, dafs bei geimpften Personen die initialen Erytheme viel häufiger zur Beobachtung gelangen als bei nicht geimpften, auffällig häufig besonders im Hinblick auf die an sich sehr geringe Zahl von Patienten, die trotz Imptung die Pocken akquirieren. Eingehende Literaturübersicht. Zehn gute kolorierte Abbildungen auf drei Tafeln. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Kenntnis der Variola verrucosa, von G. Nobl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) Bei einer 40jährigen Frau zeigten sich etwa drei Wochen nach Bestehen einer Variola im Gesicht, am Nacken, Rücken und an den Oberarmen mäfsig begrenzte, schmutzigbraun gefärbte, warzig abgehobene, derbe, krustenartige Gebilde. In ihnen fanden sich Variolaköperchen, welche von einigen Autoren als Degenerationsprodukte nukleärer Provenienz, von anderen als Zellschmarotzer aus der Klasse der Sporozoen (Cytorrhyctes variolae Guarnieri, Wasielewski, Councilman, Magrath und Brinckerhoff, Calcius) gedeutet werden. Nach mehrmonatlicher Beobachtung wurde festgestellt, dafs sich an allen von den Wucherungen befallenen Stellen, anscheinend den Haartaschen entsprechende, einzelnstehende und zusammenfliessende, feingestichelte und gelochte, typische Pockennarben entwickelt hatten.

Schourp-Danzig.

Über den Komplementbindungsversuch bei Variola vera, von T. Sugai-Osaka. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 49, Heft 5.) S. hatte Gelegenheit, während einer in Kobe und Osaka (Japan) herrschenden Blatternepidemie diesbezügliche Versuche anzustellen und kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Wassermannsche Reaktion (Komplementbindungsmethode) tritt auch bei Variola vera ein, d. h. der Inhalt der Pusteln von Pockenkranken besitzt Antigen und das Serum des Kranken enthält Antikörper. 2. Kuhpockenlymphe enthält auch das Antigen gegen das Serum des Pockenkranken. 3. Die Person, welche Vaccination mit gutem Erfolg durchgemacht hatte, enthält in einem gewissen Zeitraum im Blute den Antikörper gegen die Pocken. 4. Daraus sei zu erkennen, dafs Pocken und Kuhpocken ursprünglich ein und dieselbe Krankheit sind und dafs nur durch die Stärke des Widerstandes zwischen beiden ein klinisch ziemlich anderes Bild entsteht. 5. Zehn Jahre nach der Schutzimpfung verschwindet im Serum der Antikörper gegen Pocken. Es ist auch wahrscheinlich, dafs das Serum eines Individuums, das die Pockenkrankheit durchgemacht hat, den Antikörper gegen Pocken nach einem gewissen Zeitraum verliert. 6. Das Serum des Pockenkranken

scheint keine agglutinierende Wirkung auf den Inhalt der Pusteln von Pockenkranken zu haben. *Stern-München.*

Die Rolle des Sanitätsbureaus bei der öffentlichen Impfung, von Alexander C. Abbott-Philadelphia. (*New York. med. journ.* 16. Januar 1909.) A. eröffnet mit diesem Vortrag eine Reihe von Besprechungen, welche in einer Sitzung der Philadelphia County medical society (25. November 1908) über die Schutzpockenimpfung abgehalten wurden. Im Staate Pennsylvania gibt es kein Gesetz, welches zu Schutzpockenimpfung zwingt, jedoch wird bei jedem Fall von Infektionskrankheit, der zur Anzeige kommt, vom Sanitätsinspektor geforscht, ob der betreffende Patient geimpft ist oder nicht und im letzteren Falle im Einverständnis mit dem Hausarzt die Impfung vorgenommen. Ferner ergab sich bei irgendwie drohender Epidemie, daſs alle intelligenteren Personen sich freiwillig der Impfung unterzogen und auch von den Angestellten aller gröſseren Geschäfte, Bureaus usw. die Bestätigung über stattgehabte Impfung verlangt wurde, ebenso wie vom Staate aus allen Erziehungsinstituten u. ä. m., die staatlich unterstützt werden, die Impfpflicht obliegt. Obwohl A. konstatiert, daſs in hunderten solcher Fälle die Zeugnisse nur die Bestätigung der Impfung, nicht der erfolgreichen Impfung — die Geimpften wurden keiner Nachschau unterzogen — trugen, glaubt er doch, daſs es mit diesen Maſsnahmen gelingt, in jedem Falle irgendwie schwere Pockenepidemien zu verhüten. Bezüglich des Schutzes nach stattgehabter Impfung hält A. jeden besonderen Verband für unnötig, sondern es genügt, wenn die Impfung mit aller Sorgfalt ausgeführt war, peinliche Sauberhaltung des Kindes in Wäsche, Kleidern usw. *Stern-München.*

Die Impfung vom Standpunkte der Gesetzgebung, von Hampton L. Carson-Philadelphia (*New York. med. journ.* 16. Januar 1909.) C. behandelt vom juristischen Standpunkte aus die Frage, ob der Staat berechtigt sei, mit dem Zwange der Schutzimpfung das Selbstbestimmungsrecht seiner Bürger soweit einzuschränken, wie es z. B. in Deutschland der Fall sei. Im Staate Pennsylvania besteht zur Zeit nur die Vorschrift, daſs alle Kinder, die öffentliche Schulen besuchen wollen, ein ärztliches Zeugnis über erfolgreiche Impfung beibringen müssen und die obersten Gerichtshöfe der Vereinigten Staaten haben dahin entschieden, daſs diese Vorschrift Gesetzeskraft habe und eingehalten werden müsse. C. geht auch weiter und erklärt, der Staat könne und dürfe noch strengere Maſsnahmen gesetzlich machen, wenn dieselben nach ärztlicher Übereinstimmung für notwendig erklärt werden würden. In der Diskussion, die sich an diesen sowie die Vorträge von Abbott, Schamberg und Welch anschloſs, erklärte Keen, es wäre eine viel gröſsere Beraubung der persönlichen Freiheit, wenn man einen Mann wegen kontagiöser Krankheit zwinge, ins Spital zu gehen als ihn der Impfung zu unterziehen. Er führte weiter den Fall an, daſs ein Eisenbahnschaffner nach Montreal die Blattern verschleppte, woran 13 000 Personen verstarben und zirka 12 000 erkrankten; bedeute das nicht auſser der Summe von durch Krankheit und Tod hervorgerufenem Unglück eine Ausgabe für Pflege, Ärzte, Medikamente und Arbeitsverlust, im Vergleich wozu die Kosten und angeblichen Schädigungen durch Schutzimpfung gering seien? K. berichtet über die Erfahrungen, welche in Porto-Rico nach der Besitzergreifung durch die Vereinigten Staaten gemacht wurden: Es herrschte vorher eine ausgedehnte Blatternepidemie und wurden nun sofort 800 000 Personen geimpft mit der Folge, daſs nach vier Monaten die Blattern erloschen waren, ohne daſs aber irgend andere hygienische Maſsnahmen ergriffen wurden. Ebenso war es auf den Philippinen, wo bei 25 — 30 000 Erkrankungen jährlich 6000 Personen an Blattern gestorben sind und in den zwölf der Einführung der Schutzimpfung folgenden Monaten kein einziger Todesfall an Blattern vorkam.

J. MADISON TAYLOR hat die Erfahrung gemacht, dafs die Impfung vorher nicht geimpfter Kinder bei Keuchhusten einen bessernden Einflufs auf dessen Verlauf habe.

CLAYTON THRUSH berichtet über die ungeheuren Übertreibungen, welche der Impfgegnerbund in zahllosen Broschüren bezüglich der Impfschädigungen verbreite, hofft aber von dem gesunden Sinne der Amerikaner, dafs sie sich dadurch nicht beirren liessen. In demselben Sinne äufserten sich noch SCHAMBERG und HIGBEE und fügen bei, dafs die Impfung, wie jeder chirurgische Eingriff, nicht völlig gefahrlos sei, mit der nötigen Sorgfalt und Sauberkeit aber ausgeführt nur in den seltensten Fällen eine Schädigung verursache, zumal das Glycerin die zufällig in die Lymphe gelangten Keime, wie besonders den Tuberkelbacillus zerstöre.

WELCH führt aus seinen Erfahrungen auf den Philippinen Beispiele über die eklatanten Erfolge der Schutzimpfung an. U. a. während der Blatternepidemie kamen hunderte von Studenten in das Krankenhaus, um diese und andere Krankheiten zu studieren; es war aber die strenge Verordnung gegeben, dafs nur nach erfolgter Impfung die Studenten zugelassen wurden; ein einziger, der sich nicht impfen liefs und trotzdem in die Krankensäle gelangte, kam nach 14 Tagen selbst als Blatternpatient in das Spital, und zwar er allein von den zahlreichen Studierenden. Bezüglich des Einflusses der Impfung auf den Keuchhusten verhält sich W. etwas skeptisch und hat nie eine diesbezügliche günstige Erfahrung gemacht. *Stern-München.*

Untersuchungen über den Impfschutz mittels der BORDETschen Reaktion, von P. BERMBACH-Cöln (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 49, Heft 5.) B. untersuchte das Serum von normalen und mit Lymphe vorbehandelten Tieren, sowie von vaccinierten und revaccinierten Personen in den verschiedensten Lebensaltern (18). Die Versuchsanordnung war folgende: Je 1,0 ccm verdünnter Lymphe (1:50) wurde mit je zwei Tropfen frischen normalen Meerschweinchenserums sowie 0,5 ccm des zu untersuchenden Serums in fallenden Verdünnungen versetzt und hierzu nach mehrstündigem Aufenthalt im Brutschrank das hämolytische Serum zugefügt. Um den Zufall auszuschliefsen, wurde jeder Versuch zweimal gemacht; die Resultate fielen hierbei stets gleichmäfsig aus. Ambozeptoren waren sowohl bei den Tierversuchen wie bei den menschlichen Blutseren nicht nachzuweisen, auch wurde niemals Präzipitation beobachtet. Die negativen Versuchsergebnisse B.s decken sich also mit jenen seiner Vorgänger (HELLER, TOMARKIN, FRIEDBERGER), er kann eine genaue Erklärung für das Fehlen der Reaktion ebenso wenig wie diese geben, hält aber in Betracht der so oft mit negativem Resultat ausgeführten Untersuchungen weitere Experimente mit mazerierter Lymphe für überflüssig. *Stern-München.*

Bemerkungen über die sogenannten Gefahren der Impfung, von WILLIAM M. WELCH-Philadelphia (*New York. med. journ.* 16. Januar 1909.) W, hebt in erster Linie hervor, dafs jede Art chirurgischen Eingriffes und auch viele medikamentöse Mittel unvorhergesehene, schlimme Folgen haben können, und diese Art Zufälle, so selten sie auch sind, unendlich viel häufiger sind, als die auf Schutzpockenimpfung folgenden. Im Vergleich zu dem unendlichen Segen, welchen JENNERS Erfindung der Menschheit gebracht, müssen diese Zufälle als völlig unbedeutend bezeichnet werden. W. hat im Laufe der Jahre viele Tausende von Personen geimpft, ohne einen einzigen Todesfall oder irgend eine ernstere Folgeerscheinung davon erlebt zu haben, hat bei Berichten über solche angeblich durch Impfung verursachte Schäden nachgeforscht und stets gefunden, dafs sie durch irgendein, von der Impfung völlig unabhängiges Leiden oder auch durch grofse Nachlässigkeit bei dem Impfakt verursacht waren. Das post hoc ergo propter hoc spielt eine grofse Rolle bei den Impfgegnern, indem sie Krankheiten, die zufällig nach der Impfung, aber bei genauerem Forschen unab-

hängig von dieser, auftreten, dem Impfakt zuschreiben. Einer der ersten und eifrigsten Anhänger der JENNERschen Impfung war in Amerika WATERHOUSE, Arzt in Boston, der seine eigenen Kinder zuerst impfte und dann zur Probe in das dortige Blatternspital sandte, von wo sie völlig unversehrt wieder zurückkehrten. WATERHOUSE (1801) hat jedoch auch recht schlimme Erfahrungen und zwar mit verunreinigter Lymphe gemacht, indem in einer Reihe von Fällen Erythem, Erysipel, Ulcera usw. sich einstellten, so daſs die Patienten erklärten, sie würden es vorziehen, die wirklichen Blattern zu überstehen; mit der strengen Einhaltung der Vorschriften JENNERS über die Lymphentnahme kamen solche Zufälle nicht mehr vor. Daſs Ekzema, Lichen, Erythema multiforme, Impetigo, Pemphigus, Psoriasis als Folge der Impfung auftreten können, hält WELCH für erwiesen, wenn er auch glaubt, daſs nur Impetigo contagiosa direkt mit dem Impfstoff übertragen werden kann und das Auftreten der anderen Hautkrankheiten nach der Impfung wohl meist reiner Zufall ist. Übertragung von Syphilis ist bei Anwendung von Tierlymphe nicht mehr möglich, ebenso wenig von Tuberkulose, da die Impfkälber in allen modernen Impfanstalten der Tuberkulinprobe unterzogen, bevor sie geimpft werden, oder ihre Organe nach der Sektion genau untersucht werden, bevor die Lymphe dem Gebrauche überlassen wird. Und selbst, wenn trotz dieser Vorsichtsmaſsregeln Tuberkelbazillen in die Lymphe übergehen sollten, so würden sie durch die nun allgemein übliche Beifügung von Glycerin zerstört werden. Während in Frankreich, Deutschland und anderen europäischen Ländern Tetanus als Impffolge fast unbekannt ist, soll in den letzten Jahren in Amerika eine Anzahl solcher Fälle vorgekommen sein, bei genauerer Untersuchung dieser Fälle fand aber W., daſs das Tetanusgift nicht durch die Impfung, sondern durch grobe Vernachlässigung zufälliger kleiner Verletzungen, unsaubere Behandlung der Impfpusteln u. s. f. eingeführt worden ist. ROSENAU hat zudem festgestellt, daſs Tetanus-Bazillen in Gycerinlymphe nicht wachsen oder ihr Toxin produzieren können. Bei den Schutzmaſsregeln, welche gegenwärtig die Produktion der Kälberlymphe umgeben, hält es Verfasser für ausgeschlossen, daſs die Impfung irgendwelche gefährlichen Folgen haben kann, vorausgesetzt, daſs der Impfling in normalem Zustand sich befindet, die Impfung mit peinlicher Sauberkeit ausgeführt und die Impfpusteln vor Verunreinigung geschützt werden. *Stern-München.*

Untersuchungen über die beweglichen Körperchen der Vaccine. II. Beitrag, von G. VOLPINO. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 49, Heft 2.) Nachdem V. schon in einer früheren Arbeit von seinen Entdeckungen berichtet hatte, wonach in den Zellen des Hornhautepithels lokal vaccinierter Kaninchen sich äuſserst zarte Körperchen nachweisen lassen, legt er in den hier folgenden Untersuchungen das Verhalten dieser Elemente gegenüber einigen Reagentien und gegenüber dem antivaccinischen Serum dar und beschreibt den Nachweis der beweglichen Vaccinekörperchen in frischen Präparaten (bei Dunkelfeld- wie heller Feldbeleuchtung). Aus der Wirkung einiger Reagentien, wie verdünnter Essigsäure, Osmiumsäure, GRAM-Lösung auf die beweglichen Körperchen der Vaccine schlieſst V., daſs dieselben in ihrem Verhalten weder einfachen Eiweiſskörperchen, noch Fettröpfchen, noch Körnchen von Glykogen gleichen. Mehrmals und stets mit demselben Ergebnis wiederholte Versuche haben V. ferner zur Überzeugung gebracht, daſs das antivaccinische Serum spezifische immobilisierende Eigenschaften gegenüber den beweglichen Körpern der Vaccine zeigt und daſs die das Phänomen hervorrufende Substanz thermostabil, d. h. ein spezifisches Immobilisin ist. Mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nimmt nun V. an, daſs die von ihm gesehenen Körperchen den überwiegenden Teil des Vaccinestoffes selbst ausmachen und daſs die von anderen Autoren gefundenen Körperchen, besonders die GUARNIERIschen und die „Initialkörperchen", mit PROWAZEK in folgender Weise zu erklären

sind: Das Vaccinevirus besitzt wenigstens zwei Formen, eine vegetative, zu rascher Vermehrung innerhalb der Zellen befähigte (bewegliche Körperchen), und eine zweite, vielleicht mit gröfserer Widerstandskraft ausgerüstete (Initialkörperchen), die dazu bestimmt ist, von den speziellen Reaktionsprodukten der Zellen (Guarnierischen Körpern) eingeschlossen zu werden, in deren Innern sie wahrscheinlich Umbildungen erleidet. Wenn in der Zukunft, so schliefst V. seine immerhin scharfsinnigen und interessanten Untersuchungen, durch direkte Forschung erwiesen werden kann, was heute nur Hypothese ist, nämlich der gegenseitige Ableitungszusammenhang zwischen den beweglichen Körperchen und den „Initialkörperchen", so hätten wir für die Vaccine mit Sicherheit den vielleicht wichtigsten Teil des Lebenskreislaufes eines dieser sogenannten „Chlamydozoen" (Prowazek) nachgewiesen, die bei anderen Infektionen von filtrierbarem Virus nur unvollkommen bekannt sind. Mit neun erläuternden Abbildungen (nach Mikrophotographien). *Stern-München.*

Die Vaccineübertragung und ihre Verhütung, von Ludwig F. Meyer-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1909. Heft 3.) Wie zwei hier angeführte Krankengeschichten lehren, sind ekzemkranke Kinder in der Umgebung von Impflingen durch die Gefahr der Übertragung der Vaccine von diesen auf ihr Ekzem oder auch Intertrigo schwer gefährdet. Derartige Übertragungen sind nicht so selten, daher müssen Schutzmafsregeln gegen solche Vorkommnisse getroffen werden: 1. Man sollte nicht impfen, wenn sich ein mit Ekzem behaftetes Kind in der nächsten Umgebung befindet. 2. Als Okklusivverband, der die Impfstelle völlig abschliefst, ohne die Ventilation zu verhindern, müfste der Hartmannsche Impfschutzverband obligatorisch bei jeder Impfung und von jedem Arzt verwendet werden. Derselbe enthält zum Aufsaugen des Sekrets einen in Dermatolgaze gehüllten Holzwollebausch und wird rings um die Impfstelle mit Pflaster befestigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Hydriatik des Typhus exanthematicus, von J. Sadger-Wien-Gräfenberg (*Reichs-Med.-Anz.* 1909. Nr. 4.) S. bringt einen Auszug aus: Ernst Brand, Die Wasserbehandlung des typhösen Fiebers (Abdominal- und Flecktyphus). Tübingen 1877. Brand heilte sämtliche von ihm beschriebenen 24 Fälle schweren Flecktyphus durch Anwendung von Vollbädern von 19° C., Halbbädern von 28—22° C. und kalten Übergiefsungen von Kopf und Nacken.

S. zieht fleifsig gewechselte Packungen mit nachfolgendem Halbbad vor. *Schourp-Danzig.*

Der Typhus exanthematicus, von J. Madinaveitia. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 4.) Klinische Beschreibung einer unter der ärmsten Bevölkerung von Madrid aufgetretenen Epidemie von Flecktyphus, der bekanntlich mit dem richtigen Typhus nichts gemeinsam hat als den Namen. Es fehlt jegliche wissenschaftliche Bearbeitung der Epidemie. *Gunsett-Strafsburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

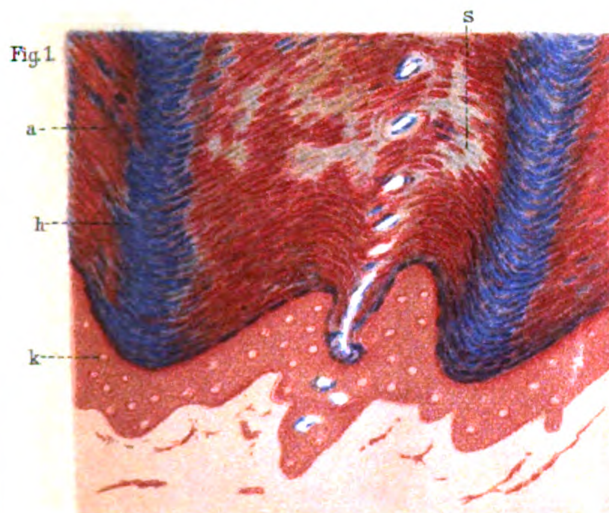
Fixationsreaktion mit dem Serum und Liquor cerebrospinalis der Leprakranken, bei Anwesenheit des syphilitischen Antigens, von A. Slatineanu und D. Danielopolu-Bukarest. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 49, Heft 2.) Verfasser haben die bezüglichen Untersuchungen von Eitner, Wechselmann und Meyer an 21 Leprakranken nachgeprüft und in der Mehrzahl dieser Fälle deren Ergebnisse bestätigt gefunden: das Serum der Kranken war fähig, das Alexin bei Anwesenheit des syphilitischen Antigens zu binden. Diese Eigenschaft ergab sich nur in einer kleinen Anzahl von Fällen für den Liquor cerebrospinalis. *Stern-München.*

Anwesenheit von Fixationskörpern im Liquor cerebrospinalis von Leprakranken, von A. Slatineanu und D. Danielopolu-Bukarest. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 49, Heft 2.) Verfasser haben bei 19 Leprakranken diesbezügliche Untersuchungen vorgenommen und bei der Mehrzahl derselben (in ausgesprochener Weise bei elf) gefunden, daſs der Liquor cerebrospinalis Substanzen enthält, welche fähig sind, das Alexin bei Anwesenheit des Lepra-Antigens zu fixieren. Im allgemeinen wurde mit dem Serum der Kranken, deren Liquor cerebrospinalis komplette Fixation gegeben hat, ebenfalls eine völlig positive Reaktion erzielt. *Stern-München.*

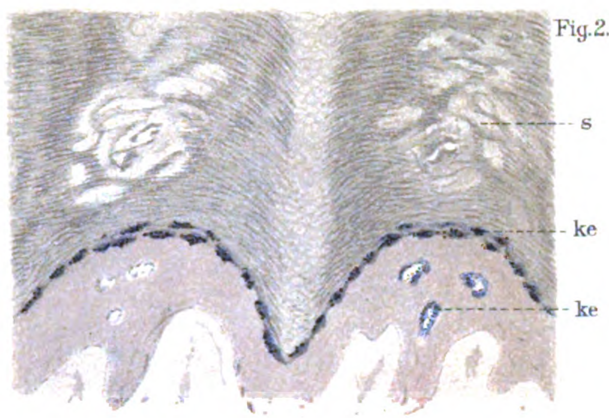
Verschiedenes.

Die Technik der Quecksilberinjektionen, von Lévy-Bing. (Aus „Injections mercurielles intramusculaires dans le traitement de la syphilis", Monographie clinique, Critzmann 1908; s. *diese Zeitschr.* Bd. 48, S. 178.) Genaue technische Anweisungen, die im wesentlichen nichts Neues bringen. — Die löslichen Salze injiziert L. B. in konzentrierter Form (auch 0,02 oder 0,03 Quecksilbersalz in 1 ccm Flüssigkeit gelöst); die Schmerzen sind dann geringer als bei Einspritzung gröſserer Flüssigkeitsmengen. Zur Lösung diene stets isotonische Flüssigkeit, das ist 7,5‰ige Kochsalzlösung. Als Vehikel für unlösliche Salze verwendet man am besten Oleum Vaselini pur oder mit Lanolin gemischt. *Götz-München.*

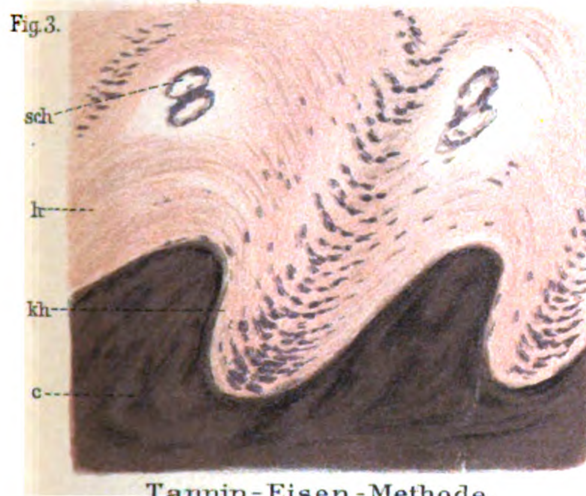
Über spontane Verbrennung, von John Knott-Dublin. (*New York med. Journ.* 17. und 24. April 1909.) Eine historisch-kritische Studie über die seit Ende des 16. bis Mitte des vergangenen Jahrhunderts veröffentlichten Fälle scheinbarer Spontanverbrennung des menschlichen Körpers. Als Schluſsergebnis seiner klaren medizinischen, rein auf dem Boden der tatsächlichen Forschungsergebnisse stehenden Betrachtung kann es Knott nicht begreiflich finden, daſs dieser „Mythus" einer Spontan-, d. h. durch im Körper selbst entstehende Gase bewirkten Verbrennung, der bereits vor 50 Jahren in Deutschland und Frankreich als solcher erklärt wurde, noch in den besten englischen Büchern über Medizinalgesetzgebung als wissenschaftliche Tatsache gelehrt wird. Die Fälle aus der Geschichte, welche als Spontanverbrennung ehedem veröffentlicht wurden und von Knott unter die kritische Lupe genommen werden, sind in ihren Einzelheiten von groſsem Interesse für die Beurteilung der damaligen Art der Naturforschung. *Stern-München.*



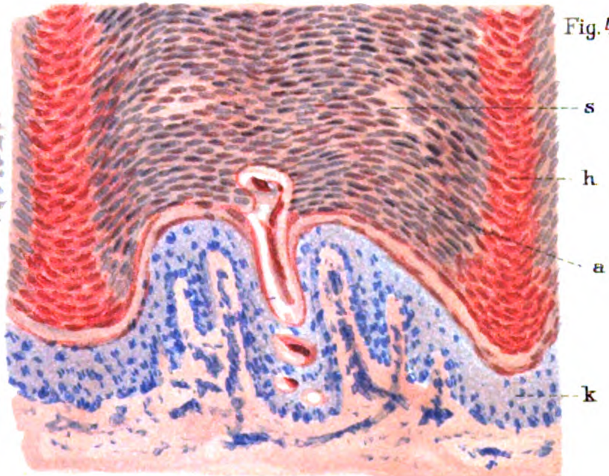
Eisen-Tannin-Methode.



Eisen-Pyrogallol-Methode.

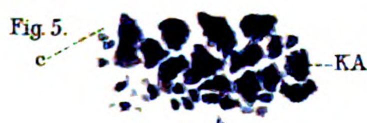


Tannin-Eisen-Methode.



Methode nach Rausch.

Eisen-Tannin-Methode.



Keratin A.



Keratin B.

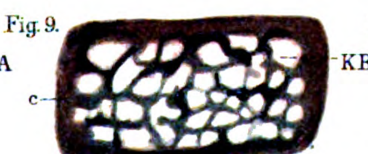


Hornalbumosen.

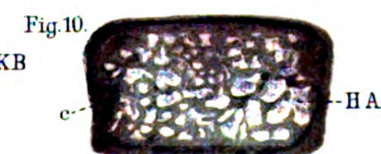
Tannin-Eisen-Methode.



Keratin A.



Keratin B.

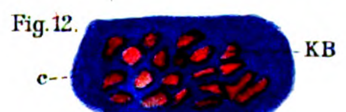


Hornalbumosen.

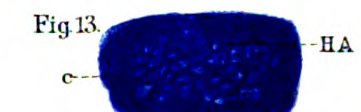
Methode nach Rausch.



Keratin A.



Keratin B.



Hornalbumosen.

Golodetz-Unna.
Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Lith. Anst. v. Julius Klinkhardt, Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. No. 4. 15. August 1909.

Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Oberarzt der Dermatologischen Abteilung des kaiserl. türkischen Marine-Hospitals.

Mit einer Tafel.

Dieser Fall von Dermatitis herpetiformis, varietas pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa, dessen Histopathologie hier beschrieben werden soll, ist der Medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel bereits vorgestellt. Ich lasse hier zunächst den Wortlaut dieser Vorstellung folgen:

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihnen diese Patientin aus Gallopoli vorzustellen, die zurzeit 28 Jahr alt ist. Sie leidet an jener den ganzen Körper befallenden Dermatose, die zuerst von Duhring in Philadelphia als Dermatitis herpetiformis, später — im Jahre 1888 — von Brocq als Dermatitis polymorpha dolorosa à poussées successives beschrieben wurde. Noch andere Autoren, darunter Bazin und Unna, haben sie Hydroa genannt.

Nach Aussage der Patientin hat ihr Leiden zuerst vor neun Monaten an der Stirn und im Gesicht unter verschiedenen Formen eingesetzt. Die Krankheit begann mit Hitzegefühl und starkem Brennen, alsdann erschienen auf der gesunden Haut unregelmäſsige Gruppen von Vesikeln, Blasen und Pusteln mit infiltriertem Grunde, die eine eitrige Flüssigkeit enthielten. Der Ausschlag trocknete dann in der Folge ein und verschwand innerhalb der nächsten Wochen bis Monate wieder; es blieb nur eine Hautverfärbung zurück, die auch ihrerseits allmählich völlig verschwand. An einzelnen Stellen erschien das Exanthem auch, immer unter heftigem Brennen, in Form von roten, erythematösen, infiltrierten Plaques. Auf ihnen, besonders an ihrer Peripherie, entwickelten sich richtige Blasen und Pusteln, und rasch bedeckten sich die Plaques dann mit dicken Krusten, die, wo sie sich lockerten und abstieſsen, oberflächliche, rote, zum Teil blutende Geschwürsflächen freilegten. Diese erythemato-krustösen und geschwürigen Herde trockneten schlieſslich ein und heilten ebenfalls nach einigen Monaten unter Zurücklassung von Pigmentflecken: Auch diese Verfärbungen

haben die Neigung, schliefslich zu verblassen und zu verschwinden. Nach zwei bis drei Monaten kam es zu einem neuen, ähnlichen Anfall, der immer von äufserst heftigem Brennen eingeleitet und begleitet wurde, und in dieser Weise geht es seit neun Monaten fort, stets ein neuer Anfall nach einem längeren oder kürzeren freien Zwischenraum.

Wie Sie sehen, ist Patientin zurzeit mit Ausschlagselementen bedeckt. Am Kinn stehen unregelmäfsige Gruppen von eingetrockneten Pusteln mit infiltriertem Grunde und mit kleinen Krusten bedeckt. Das Bild erinnert an Akne varioliformis oder Akne necrotica. Auf der Stirn, dem Kopf und den Wangen bemerken Sie, fast symmetrisch verteilt, sieben bis acht der beschriebenen erythematösen Herde. Sie haben teils eine runde, teils eine mehr ovale Form, messen 2—5 cm im Durchmesser und sind mit dicken Krusten bedeckt. Die Krusten sind zum Teil abgestofsen und lassen Geschwürsflächen zutage treten, die zum Teil bluten und wie Ekthyma oder ekthymatöse Syphilide aussehen. Neben diesen erythematösen Herden gewahrt man auch noch die abgeblafsten Pigmentflecke als Überbleibsel früherer Herde.

An jeder oberen Extremität bestehen je fünf bis sechs Herde in fast symmetrischer Anordnung, an den Beinen, ebenfalls leidlich symmetrisch, je 20 Herde, ebenso seitlich und hinten am Thorax je vier bis fünf ähnliche Flächen; hingegen sind die Vorderseite des Rumpfes und die Haut über der Wirbelsäule ganz frei vom Ausschlag. Auf den Gliedmafsen und am Rücken sind die einzelnen kranken Flächen besonders grofs, gröfser als ein Fünffrankstück. Die Herde sind teils erythematös, infiltriert, rund oder gewunden, namentlich an der Peripherie mit Krusten, hier und da auch mit einzelnen abgeplatteten Vesikeln versehen, teils sind sie auch ganz mit dicken Krusten überzogen, unter denen ziemlich tiefgreifende und stellenweise blutende Geschwürsflächen verborgen liegen. Die Wäsche der Patientin ist überall von Blut beschmutzt. Einzelne der Geschwürsflächen sind schon mit Granulationen besetzt, andere ganz geheilt, verraten sich nur noch durch Pigmentflecke oder oberflächliche Narben.

Patientin klagt über lebhaftes Brennen und Jucken und heftige Schmerzen in allen erkrankten Hautstellen, so dafs sie seit langer Zeit nicht ordentlich schlafen kann. Trotzdem hat ihre Gesundheit nicht besonders gelitten, sie fiebert nicht, hat guten Appetit und ist nur etwas abgemagert.

Unser in Frage stehender Fall wurde innerlich mit Sol. Fowl. bis zu 30 Tr. täglich, äufserlich mit folgender Salbe behandelt:

Ungt. Diachyl.	100,0
Bals. peruv.	5,0
Zinc. oxyd.	20,0

und ist bei dieser Behandlung innerhalb sechs Wochen vollkommen geheilt. Die Kranke hat dann Konstantinopel verlassen und ich habe sie nicht wiedergesehen.

Zur mikroskopischen Untersuchung dienten drei durch Biopsie gewonnene Hautstücke.

Das erste Stück stammte aus einem erythematösen, infiltrierten Herd, der seiner Krusten teilweise verlustig gegangen war; das Hautstück selber trug in seiner Mitte eine mit Kruste bedeckte Geschwürsfläche, war an seinem Rande aber nur erythematös. Es wurde in absolutem Alkohol fixiert und in Celloïdin gehärtet. Das zweite Stück bildete eine kleine Pustel vom Rande eines erythematösen, infiltrierten, circinösen Herdes, der an der Peripherie zum Teil mit Krusten bedeckt war; die Pustel safs in der Mitte des ausgeschnittenen Hautstückchens. Das Präparat wurde in Celloïdin gehärtet.

Der flüssige Inhalt einer kleinen flachen, purulenten Vesikel, die am Rande einer mit Krusten bedeckten Geschwürsfläche safs, wurde mikroskopisch untersucht; es fanden sich viele eosinophile Zellen und polynukleäre Leukocyten darin. Die Vesikel selber wurde, nach dem Vorgang von Leredde, in $^{70}/_{1000}$iger Sublimatlösung fixiert, um sie auf ihre Eosinophilie zu untersuchen. Dieses Präparat wurde aber durch einen unglücklichen Zufall leider zerstört, so dafs für die folgende Untersuchung nur die beiden ersten Präparate in Frage kommen.

Mikroskopische Untersuchung.

Erstes Stück. In der Mitte liegt eine dicke, eitrige, von ihrer Unterlage zum Teil gelockerte Kruste; die Epidermis ist zu beiden Seiten mächtig hypertrophiert und hyperplasiert. Vom Rande gegen die Mitte zu ist die Hornschicht stark verdickt, aber normal keratinisiert. Der Zusammenhang der Hornlamellen ist stellenweise gelockert; die sehr umfangreiche Körnerschicht besteht aus sechs Reihen von Körnerzellen, und jede einzelne Zelle ist stark hypertrophisch und enthält eine grofse Menge sehr grober Keratohyalinkörner. Auch die Stachelschicht ist stark hypertrophiert und hyperplasiert, ihre Zellreihen sind um das drei- bis vierfache des Normalen vermehrt; das Protoplasma der einzelnen Zellen ist zwei- bis dreimal reichlicher als im Normalen, die Kerne sind stark hypertrophisch. Ebenso ist das Granoplasma an einem oder beiden Polen der Zelle wesentlich vermehrt, die Zelle selbst erscheint an den betreffenden Stellen dunkler gefärbt. In den oberen Zellreihen der Stachelschicht ist das Zellprotoplasma horizontal hypertrophiert und verlängert, das Granoplasma an einer oder an beiden Seiten angehäuft. Am Rande des Präparats besteht leichtes intercelluläres Ödem, die Zwischenzellkanäle sind etwas erweitert; daneben geringes parenchymatöses Ödem. In den unteren Zell-

reihen der Stachelschicht sind Protoplasma und Kerne etwas dunkler gefärbt; hier kommen auch vielfach Mitosen vor, besonders in den basalen Reihen. Auch die Leisten sind äußerst hypertrophisch und hyperplastisch, sehr breit, ragen tief in die Cutis hinein und enthalten drei- bis viermal so viel Zellreihen wie im Gesunden; auch hier sind Protoplasma und Kerne der einzelnen Zellen stark hypertrophiert, daneben stark gefärbt. Ein leichter Grad von intra- und intercellulärem Ödem sowie zahlreiche Mitosen werden auch hier nicht vermißt. Von der Peripherie gegen die Mitte zu nimmt das parenchymatöse und intercelluläre Ödem der mittleren und oberen Zellreihen der Stachelschicht mehr und mehr zu, die ungleichmäßig erweiterten Zellzwischenräume bilden regellose Hohlräume, das Protoplasma ist nur schwach gefärbt und vakuolisiert, desgleichen sind einzelne Kerne atrophisch und vakuolisiert, und das Keratohyalin der Körnerschicht wird immer spärlicher, an seiner Statt bleibt eine ödematöse, vakuolisierte und fast farblose Schicht mit Kernen, die zum Teil noch unversehrt, zum Teil nur atrophisch, zum Teil aber auch nur noch in ihren äußeren Umrissen vorhanden sind. Die über diesen Stellen lagernde Hornschicht ist parakeratotisch, enthält flache oder ovaläre in Reihen stehende Kerne und stellt eine parakeratotische Schuppe dar, die gegen die Mitte zu immer dicker wird. Diese Schuppe ist auch stellenweise ödematös und enthält leere, ödematöse Kanäle, die stellenweise die Zellenreihen voneinander trennen. Ganz in der Mitte kann man beobachten, wie von der Stachelschicht her vielkernige Leukocyten in die Schuppe einwandern, indem sie sich gruppenweise, und die parakeratotischen Zellreihen auseinanderdrängend, zwischen diese einen Weg bahnen und unregelmäßige leukocytäre Kanäle bilden; an der Oberfläche der Schuppe lagern sie sich dann als eine dünne Eiterschicht ab. Durch diese werden die Epithelzellen der Schuppe abgehoben und bilden eine dicke, eitrige Kruste, die aus großen Haufen von Leukocyten, untermischt mit den abgehobenen Zellreihen und dem serösen Eiter besteht. Unter der Kruste finden sich auch da und dort uni- und multilobäre Vesikeln, kleinere und größere; sie sind durch unregelmäßige Scheidewände von Stachelzellreihen getrennt, und ihr Zustandekommen erklärt sich aus der eitrigen Zerstörung („composés de la destruction purulente") von Gruppen von Epithelzellen. Die Vesikeln sind mit Serum, mit zahlreichen polynukleären Leukocytenhaufen und mit vereinzelten Epithelzellen gefüllt. Im Zentrum der Schnitte ist die Kruste zum Teil abgehoben, so daß darunter die mit einer Leukocytenschicht bedeckte Geschwürsfläche zu Gesicht kommt. Die Epidermis ist an einzelnen Stellen zum größten Teil eitrig eingeschmolzen, so daß nur wenige Reihen von Stachelzellen und nur die mittleren und unteren Leisten übrig geblieben sind. Auf der eitrigen Oberfläche der Kruste wimmelt es von Mikroorganismen, kleine Bazillen sind in die

Tiefe und ins Innere der Bläschen gedrungen. Unterhalb der Kruste findet sich eine dicke, desquamierende, parakeratotische und ödematöse Lage mit abgeplatteten oder zum gröfsten Teil ovalären Kernen, zwischen den Zellen schlängeln sich ödematöse Kanälchen. Unter dieser desquamierenden Lage stöfst man wieder auf eine ziemlich dicke ödematöse Schicht; diese ist aber nicht parakeratotisch. Sie reicht an einzelnen Stellen bis an die tiefsten Zellreihen und besteht aus Stachelzellen mit sehr reichlichem ödematösem Protoplasma, das schwach färbbar ist. Die Zellen sind durch stark ödematöse Hohlräume und Kanälchen getrennt und enthalten grofse, ödematöse Kerne, von denen einzelne gleichfalls schwach gefärbt sind. In den basalen Reihen dieser Stachelschicht, die unterhalb der Kruste und der Epithelleisten gelegen ist, sind die Zellen nicht ödematös, vielmehr stark gefärbt; das gleiche gilt von dem hypertrophischen Protoplasma und den grofsen Kernen, die reich an Chromatin sind. Hier besteht auch eine starke Zellproliferation mit zahlreichen Mitosen. Eine gleich starke Proliferation dieser basalen Zellen gewahrt man auch am anderen Rande des Präparats, so dafs es hier sogar streckenweise zur Bildung einer neuen, kräftigen Stachelschicht kommt, deren Zellen nur sehr wenig ödematös sind, deren Protoplasma und Kerne aber hypertrophisch und stark gefärbt erscheinen. Die Zellreihen dieser Stachelschicht sind um das Zwei- bis Dreifache zahlreicher als im Normalen. Auch die Leisten sind hypertrophisch und gegen die Cutis hin sehr verlängert; Protoplasma und Kerne ihrer Zellen sind gleichfalls hypertrophiert, stark gefärbt und reich an Chromatin, daneben sind viele Mitosen vorhanden. Über der neugebildeten Stachelschicht lagert eine ebenfalls neu entstandene, ganz mächtige Körnerschicht mit fünf bis sechs grofsen Reihen von Körnerzellen, die sehr viel Keratohyalin enthalten. Auch eine neue dicke und normale Hornschicht ist an einzelnen Stellen schon vorhanden; durch sie wird die alte leukocytäre Kruste gelockert und abgestofsen.

In der Cutis sind alle Kapillaren bis aufs äufserste varikös erweitert, ihre Lumina klaffen auf der Schnittfläche und sind zum Teil mit ganzen oder zertrümmerten roten Blutkörperchen, zum Teil mit fibrinösen Gerinnseln, oder mit ein- und vielkernigen Leukocyten und vereinzelten Lymphocyten angefüllt. Die Endothelzellen sämtlicher Gefäfse und Kapillaren sind stark hypertrophisch. Die Lymphgefäfse der Cutis und des Papillarkörpers sowie die Lymphspalten sind durchweg stark erweitert, in der Cutis und mehr noch im Papillarkörper besteht starkes Ödem. Die Papillen sind geschwollen, ebenfalls ödematös, verlängert und umfangreicher, einzelne von ihnen zeichnen sich durch besondere Hypertrophie und Ödembildung aus.

Auch die Bindegewebszellen der Papillen und der Cutis sind hypertrophiert und hyperplasiert, die Kerne vergröfsert, ihr Spongioplasma

hypertrophisch. Typische Plasmazellen Unnas umgeben alle Gefäfse und durchsetzen das ganze Gewebe der Cutis bis zum Papillarkörper; die runden Kerne dieser Plasmazellen enthalten grobe Chromatinkörner und reichliches Protoplasma; auch sind sie sehr stark gefärbt. In einzelnen von ihnen findet man zwei Kerne, andere Plasmazellen sind wiederum nur klein, oder gar ödematös mit vakuolisiertem, nur schwach färbbarem Protoplasma und mit ödematösen Kernen, deren Chromatin fast ganz ausgewaschen ist. Am zahlreichsten sind die Plasmazellen in den mittleren und unteren Schichten der Cutis anzutreffen, etwas geringer wird ihre Menge in der oberen Cutis, und in der Papillargegend sind sie verhältnismäfsig am spärlichsten. Am Rande der Schnitte, dort wo die Epidermis an ihrer Oberfläche zum gröfsten Teil unversehrt oder nur stellenweise parakeratotisch ist, birgt die Cutis nur Plasmazellen, man findet in ihrem Gewebe, auch in den erweiterten Gefäfslumina, nur sehr wenige polynukleäre Leukocyten; auch eosinophile Zellen kommen nur vereinzelt in den oberen und mittleren Lagen der Cutis vor. An den Papillen lagern viel mehr hypertrophierte und hyperplasierte Bindegewebszellen als Plasmazellen; jene Zellgattung fehlt aber auch nicht in den mittleren und unteren Teilen der Cutis, wo, wie schon erwähnt, die Plasmazellen am stärksten vertreten sind; doch finden sich hier auch einzelne spärliche ein- und vielkernige Leukocyten und eosinophile Zellen. Nach der Mitte des Schnittes zu, entsprechend der mit einer eitrig leukocytären Kruste bedeckten Epidermis, sind die Gefäfse der Cutis varikös erweitert und voll von Ansammlungen polynukleärer Leukocyten, die massenhaft in das Gewehe der Cutis auswandern, so dafs die Plasmazellen mit einer grofsen Menge dieser Körperchen untermischt sind, die alle gegen die Oberfläche hin wandern, um an der Bildung der eitrigen Kruste sich zu beteiligen. In der Mitte des Präparats werden die eosinophilen Zellen auch etwas häufiger; man findet sie hier überall in der Cutis und im Papillarkörper bis zur Grenze der Epidermis. Eosinophile Zellen konnte ich aber — durch Färbung mit Hämatoxylin-Eosin und Härtung in Alkohol — in der Gegend der Epidermis nicht finden, wohl aber einige Mastzellen. Auch einzelne typische Riesenzellen mit ihren zusammengewachsenen Kernen sind in der Cutis vertreten. Das Ödem ist im Zentrum des Schnittes viel stärker als am Rand, besonders zwischen Epidermis und Papillarkörper, wo sich Hohlräume nach Art von Vesikeln mit Serum und Fibringerinnseln füllen; dazu gesellen sich in einzelnen dieser Vesikeln auch noch Haufen polynukleärer Leukocyten und grofse Mengen roter Blutkörperchen, so dafs das Serum rot gefärbt erscheint. Am Rande des Präparats ist das Ödem viel geringer.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum.

Die Anordnung der Bestandteile in der Hornzelle.

Von

Dr. P. JUDIN-Kiew.

Daſs die Hornschicht aus verschiedenen horizontalen Lagen besteht, hatte schon UNNA in seiner Dissertation (1876) nachgewiesen und in seiner „Anatomie der Haut“ (1882) ausführlich geschildert. Daſs aber auch innerhalb dieser Lagen Verschiedenheiten der einzelnen Zellen vorkommen, hat wohl BEHN[1] zuerst gesehen. Indem er die Hornschicht mit Osmium bearbeitete, konstatierte er, daſs ein Teil der Zellen grünlich, andere bräunlich gefärbt waren.

Genauer hat RAUSCH[2] diese Differenzen bearbeitet. Nach Maceration der Hornschicht mit verschiedenen Flüssigkeiten bekam er einen Zellenbrei, den er möglichst fein auf einen Objektträger aufstrich und nach Antrocknung desselben ihn mit polychromer Methylenblaulösung und 1 %iger Lösung von rotem Blutlaugensalz färbte. Bei solcher Behandlung gelang es ihm, die Hornzellen in zwei verschiedenen Farben darzustellen: ein Teil derselben wurde rot, der andere blau. Diese Färbung blieb auch konstant bei verschiedenen Arten der Maceration und hatte keinen Zusammenhang mit dem Fettgehalt der Zellen. Diese Erscheinung konnte aber RAUSCH nicht genügend erklären.

UNNA und GOLODETZ[3] gelang es, dieses Rätsel zu lösen durch eine Reihe von Arbeiten. Sie machten die Entdeckung, daſs die Zellen der Hornschicht aus drei verschiedenen Eiweiſssubstanzen bestehen: A-Keratin, B-Keratin und Hornalbumose.

In ihrer letzten Arbeit „Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen“ nahmen UNNA und GOLODETZ normale Haut von der Fuſssohle und färbten die Schnitte verschieden mit: 1. Eisen-Tannin, 2. Eisen-Pyrogallol, 3. Eisen-Schwefelammonium, 4. Tannin-Eisen und endlich 5. der Methode von RAUSCH.

---

[1] BEHN, Studien über die Verhornung der menschlichen Oberhaut. *Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. 39, S. 581—595.

[2] RAUSCH, H., Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1897. Bd. XXIV, S. 65—73.

[3] UNNA und GOLODETZ, Zur Chemie der Haut. Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. 43, S. 3.

Besonders interessante Resultate gaben die erste und die letzte Methode. Dieselbe ergaben erstens, dafs in der Hornschicht der Fufssohlen sich in individuell sehr verschiedener Menge, Zellen mit wenig Inhalt befinden, die sogenannten „hohlen Zellen". Diese färben sich bei keiner von diesen Methoden, es sind Zellen, welche in der Umgebung der Schweifsporen lokalisiert sind. Die Hauptmasse der Hornschicht aber besteht aus zwei anderen, unter sich verschiedenen Arten von Zellen. Die eine wird von Eisen-Tannin rot gefärbt und befindet sich zum gröfsten Teile über den Papillenspitzen lokalisiert; die andere Art wird blauviolett gefärbt und befindet sich gröfstenteils oberhalb der Einsenkungen zwischen den Papillen. Bei Bearbeitung des Schnittes nach Rausch färbt sich die erstere Zellenart violett, die zweite rot. Ich will im folgenden die Erhebungen und Einsenkungen der normalen Hornschicht, welche durch das Vorhandensein der Papillen bedingt werden, mit den kurzen Ausdrücken: Berg und Tal bezeichnen.

Diese besprochene Farbendifferenz erklären Unna und Golodetz durch die Verschiedenheit in der chemischen Zusammensetzung der einzelnen Hornzellen. Sie trugen die drei isolierten und getrockneten Substanzen Keratin A, B und Hornalbumose in Celloidin ein. Nach Färbung der sodann angefertigten Schnitte fanden sie, dafs Keratin A und B von Eisen-Tannin dunkelviolett, die Hornalbumose braunrot gefärbt waren; bei Färbung nach Rausch waren erstere rot gefärbt und letztere violett. Daraus schliefsen sie, dafs die bei Eisen-Tannin blauvioletten, bei Rauschs Methode roten Zellen, die hauptsächlich in den Tälern liegen, aus Keratin A und B, die bei Eisen-Tannin roten, bei Rauschs Methode violetten Zellen, die der Hauptsache nach die Berge bedecken, aus Keratin A und Hornalbumose bestehen.

Eine naheliegende Folgerung aus diesen neuen Resultaten ist, dafs die Hornschicht, wenn sie aus so verschiedenen Zellen besteht, auch der Verdauung mit Pepsin-Salzsäure in ihren verschiedenen Teilen einen verschieden grofsen Widerstand entgegensetzen wird. Ich habe daher auf Anregung von Prof. Unna die Frage zu bearbeiten versucht, ob ein bestimmter Parallelismus existiert zwischen den Resultaten der Eisen-Tannin-Methode und Rausch-Methode einerseits und der Verdauungsmethode andererseits.

Unna hat in einer früheren Arbeit: „Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung"[4] die Verdauungsmethode in weitestem Umfange auf die normale und pathologische veränderte Hornschicht angewandt. Er kam zu dem überraschenden Ergebnis, dafs die meist

---

[4] P. G. Unna, Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. XXIV, S. 1—21.

klinisch von uns wahrgenommenen Differenzen der Hornschicht bei verschiedenen Keratosen nach vollkommener Verdauung verschwanden, indem die Bilder der verdauten Hornschicht sich sämtlich sehr ähnlich sahen. Immer blieb schliefslich nur ein feines Netz von Hornsubstanz übrig und selbst ein so harter Hornkörper wie der Leichdorn erwies sich als vollkommen verdaulich.

Hiernach war es klar, dafs, wenn ich die in bezug auf ihre Verdaulichkeit verschiedenen Bestandteile der Hornschicht, wie sie die Färbung auf einmal zeigt, nacheinander nachweisen wollte, ich mich nicht der vollkommenen, sondern einer unvollkommenen Verdauung bedienen mufste.

Danach war mein Arbeitsplan bestimmt. Die in Alkohol fixierten, in Celloidin eingebetteten Hautstücke wurden geschnitten und im Brutofen bei 37° der Verdauung mit Pepsin-Salzsäure ausgesetzt. Nach je $^1/_2$ Stunde, 1 Stunde, 2 Stunden, 12 Stunden und 24 Stunden wurden Schnitte aus der Verdauungsflüssigkeit herausgenommen, sehr gut abgespült und teils mit der Eisen-Tannin-Methode, teils nach RAUSCH gefärbt.

Nach $^1/_2$, 1 und 2stündiger Verdauung hing die Oberhaut noch fest mit der Cutis zusammen, nach 12 und 24 Stunden war sie von dieser durch Verdauung der unverhornten Stachelschicht gelöst. Es zeigte sich bei diesen Versuchen, wie das auch längst bekannt ist, dafs die Cutis der Verdauung einen viel bedeutenderen Widerstand entgegensetzt als die Hornschicht. In dieser letzteren war schon nach einer halben Stunde die Wirkung der Verdauungsflüssigkeit wahrzunehmen, indem ein Teil der Hornzellen hohl geworden war. Da nun bei diesen nur unvollkommen verdauten Schnitten gleichzeitig die Cutis und der Papillarkörper erhalten und gut färbbar geblieben war, so konnte man mit Leichtigkeit nachweisen, wo diejenigen Zellen lokalisiert waren, die zuerst durch die Verdauung hohl wurden. Die später nach ein und zwei Stunden herausgenommenen Schnitte gaben dann die Reihenfolge an, in welcher der Inhalt der verschiedenen Zellen der Hornschicht der Verdauung unterliegt.

Meine Versuche haben nun ergeben, dafs die zunächst in die Augen fallende Wirkung der Verdauung sich bei nachfolgender Färbung der Schnitte so darstellt, dafs das normalerweise bunte Bild einem mehr einfarbigen Bild Platz macht. Je weiter die Verdauung fortschreitet, um so mehr finden wir neben einer immer gröfseren Menge ungefärbter Zellen eine immer kleinere Anzahl einfach gefärbter Zellen. Bei der Eisen-Tannin-Methode bleiben schliefslich nur blauviolette Hornzellen über, bei der Methode RAUSCH nur rote.

Es wird hiernach also zunächst der Inhalt der rotbraunen Zellen der Eisen-Tannin-Methode und der der violetten Zellen der RAUSCH-Methode verdaut. Dieses sind aber die Zellen, welche nach den Untersuchungen von UNNA und GOLODETZ einen grofsen Gehalt an Hornalbumose aufweisen.

Bestimmen wir die Lage der zuerst verdauten Hornzellen innerhalb der Hornschicht genauer, so finden wir sie regelmäſsig oberhalb der Papillen, also in den „Bergen“, wo Unna und Golodetz den Hauptsitz der A-Zellen (Albumosezellen) gefunden haben.

Ich komme mithin zu dem Schlusse, daſs die ersten Zellen, welche der Verdauung ihres Inhalts unterliegen, sowohl auf Grund der Färbung der nachbleibenden Zellen, als auf Grund der durch die Verdauung erzeugten hohlen Zellen, die A-Zellen der Hornschicht sind.

Untersuchen wir nun bei stärkerer Vergröſserung und starker Abblendung die zuerst inmitten der Hornschicht auftretenden hohlen Zellen (A-Zellen) genauer, so bemerken wir, daſs das bekannte Hornzellennetz noch gut erhalten ist. Dieses besteht bekanntlich aus den Hüllen der Hornzellen und erweist sich durch seine Unverdaulichkeit als Keratin A.

In dem ersten Stadium der Verdauung nach etwa einer halben Stunde können wir deutlich sehen, daſs an Stelle der die Berge bedeckenden Zellen groſse und zahlreiche Lücken sich befinden, welche durch dünne Hornbalken voneinander getrennt sind. Hieraus können wir den Schluſs ziehen, daſs der Inhalt der Zellen aus Hornalbumose bestand und daher rasch verdaut worden ist, so daſs nur die Hülsen der Zellen, aus A-Keratin bestehend, blieben. Dagegen sind die Zellen an Stelle der Täler rot gefärbte Zellen. Diese stellen bei stärkerer Vergröſserung nicht vollkommen solide Zellen dar, sondern zeigen innerhalb einer rotgefärbten ringförmigen Schale ein durch die Verdauung entstandenes, mehr oder minder groſses Loch. Dieses Loch sitzt nicht immer konzentrisch, sondern manchmal exzentrisch, so daſs in diesem Falle die hohl gewordene Zelle an einer Wand dicker ist als an der gegenüberliegenden. In diesem Stadium sieht man auch an den Zellen der Täler ebensolche ungefärbte Hohlzellen wie an den Bergen, aber wesentlich kleinere.

Die ungefärbten kleineren Hohlzellen der Täler und die erstgenannten ungefärbten größeren Hohlzellen der Berge bestehen nur aus Keratin A, die roten ringförmigen, dickwandigen Zellen der Täler aus Keratin A und Keratin B. Freilich haben Unna und Golodetz nachgewiesen, daſs nicht nur Keratin B bei der Rausch-Methode rot gefärbt wird, sondern auch Keratin A. Aber erstlich bezieht sich das nur auf die isolierten pulverförmigen Keratine und sodann fanden sie auch, daſs Keratin B stärker rot gefärbt wurde als Keratin A. Endlich müssen wir bedenken, daſs auf den Schnitten von Keratin A eine wesentlich geringere Masse in Gestalt einer dünnen Membran vorhanden ist, während Keratin B eine dickere, voluminöse Schale darstellt. So erklärt es sich, daſs wir an gut verdauten und nach Rausch gefärbten Schnitten nur die an Keratin B reichen Zellen rot gefärbt erblicken.

Ein zweites Stadium der Verdauung erhält man, wenn man die mit Salzsäure-Pepsin bereits verdauten Schnitte weiter auf eine halbe Stunde

in eine Lösung von Alkali (1%ige NaOH-Lösung) bringt und sie dann nach Rausch färbt. Dann erhält man folgendes Bild: die Hornschicht repräsentiert sich als ein fast ungefärbtes feines Netz, das aus großen Lücken sowohl an Stelle der Berge, wie der Täler besteht. Immerhin sind die Hohlräume an Stelle der Berge immer etwas größer als die an Stelle der Täler. Dieses Bild zeigt, daß vermittelst des Alkali auch das B-Keratin aus den Hornzellen entfernt worden und von diesen nur die aus Keratin A bestehende Zellmembran übrig geblieben ist.

Das Ergebnis dieser Arbeit läßt sich in folgender Weise formulieren:

1. Die Zellen an Stelle der Berge (A-Zellen) bestehen aus der Membran (A-Keratin) und eingeschlossener Hornalbumose;
2. die Zellen an Stelle der Täler (H-Zellen) bestehen aus der Zellmembran (Keratin A), einer inneren Auskleidung von Keratin B und einer zentral oder exzentrisch angeordneten Masse von Hornalbumosen;
3. Keratin B ist in den H-Zellen nicht mit den Hornalbumosen vermischt, sondern nimmt einen besonderen der Zellmembran innen dicht anliegenden Raum ein;
4. die Hornalbumosen bilden ein verdauliches und verhältnismäßig leicht lösliches, in der Zelle mehr oder minder zentral angeordnetes Produkt.

Zum Schluß gestatte ich mir Herrn Prof. Unna meinen allerherzlichsten Dank für die Anregung und freundliche Unterstützung dieser Arbeit auszusprechen.

Aus Prof. Dr. Unnas Dermatologicum zu Hamburg.

Das Relief von Rausch im Lichte der neuen Hornforschungen betrachtet.

Von

Dr. Georg von Bergmann-Kiew.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Die Verschiedenheiten der einzelnen Zellen der Hornschicht sind bereits schon vor längerer Zeit von Behn und von Unna gesehen worden, auch die Struktur der Oberfläche derselben fesselte die Aufmerksamkeit Unnas. Näheres finden wir darüber in den im Jahre 1876 von Unna herausgegebenen „Beiträgen zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde". Dieser Autor

beschreibt eine schwarz erscheinende Punktierung der Randzonen der Zellen an osmierten Hautschnitten und deutet sie als Schrumpfung der vorher die Zelle bedeckenden Stacheln zu kleinen Rudimenten. Die Punktierung bedeutet keine Osmiumschwärzung, sondern kommt dadurch zustande, dafs die geschrumpften Stacheln das Licht weit stärker brechen. Auf Grund dieses Befundes kam Unna zu der Anschauung, dafs die Stacheln nicht, wie man früher annahm, in der Hornschicht spurlos verschwinden, sondern in deutlichen Resten persistieren. In seiner „Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut" in von Ziemssens Handbuch (1882) gibt Unna an, dafs die früher von ihm an den Hornzellen gesehenen Zacken nicht, wie man bis dahin geglaubt hatte, ineinander greifen, sondern aufeinander stofsen und „somit an isolierten Zellen nichts weiter sind als die durchgebrochenen rudimentären Verbindungsbrücken, welche im Verhornungsprozesse, auf ein Minimum geschrumpft, vorhanden bleiben. Daraus geht hervor, dafs die Hornzellen ihren festen Zusammenhang nicht etwa durch eine Kittsubstanz oder dadurch finden, dafs ihre Hornmembranen miteinander verschmelzen, vielmehr vermöge der Persistenz der von Anfang an vorhandenen Verbindungsbrücken." Unnas letztere Anschauung gewann an Berechtigung, als 1897 eine Arbeit von Rausch[1] erschien, in der dieser Autor über genauere Untersuchungen berichtete, aus denen eine durchgehende Verschiedenheit der einzelnen Hornzellen hervorging. Durch eine eigene Methode (polychrome Methylenblaulösung — rotes Blutlaugensalz — Methode) liefs sich eine höchst klar erscheinende Farbendifferenz der isolierten Hornzellen wahrnehmen. Bei dieser erschienen nämlich einzelne Hornzellen rot, die übrigen blau gefärbt. Diese Beobachtung, die zuerst ganz paradox erschien, hat zu weiteren Forschungen auf demselben Gebiete Anlafs gegeben. Kürzlich ist es Unna und Golodetz gelungen, eine ähnliche Farbendifferenz der Hornzellen durch verschiedene andere Methoden festzustellen und diese Erscheinung mit der chemischen Natur der einzelnen Zellen in Einklang zu bringen. Es hat sich dabei eine gewisse Parallele zwischen dem Farbenkontrast bei der Rauschschen Methode einerseits und bei der von Unna und Golodetz andererseits herausgestellt, indem die rote Färbung der Zellen bei ersterer, die blaue bei letzterer das Überwiegen von dem von Unna und Golodetz sogenannten Keratin B[2] bedeutet, während die blaue Färbung bei ersterer und die rote bei letzterer das Vorhandensein von Albumosen anzeigt.

Aufser dieser Farbendifferenz hatte Rausch in seiner Arbeit noch auf ein merkwürdiges Phänomen bei der Färbung der Hornzellen hingewiesen.

[1] Rausch, „Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen." *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd. XXIV, S. 65.

[2] Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut", IV. *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd. XLIX, Heft 3, S. 95.

Es handelte sich um folgendes: Die isolierten Hornzellen des von ihm sogenannten Hornbreies erschienen nicht diffus gefärbt, sondern zeigten eine feine Punktierung. Diese feinen Punkte deutete RAUSCH als Unebenheiten des die Zelle umgebenden Hornmantels und nannte sie daher — „Relief der Hornzellen". Dieses Relief beschreibt RAUSCH folgendermafsen: „Es stellte sich heraus, dafs die Oberfläche der Zellen nicht eine glatte, homogene Fläche darstellt, sondern sich auflöst in eine Unsumme kleiner Punkte, welche der eigentlichen Zelloberfläche, resp. dem Hornmantel derselben aufgesetzt sind." Weiter folgt: „Bis jetzt läfst sich das Relief noch nicht an allen Zellen zur Darstellung bringen und müssen wir zuerst zwischen glatten und Reliefzellen unterscheiden." — „Es existieren unter den Punktierungen ziemlich bedeutende Gröfsenunterschiede; die ganz ungefärbten Zellen, welche stets ein blaues Relief zeigen, weisen die dicksten Punkte auf, die violetten Reliefzellen besitzen ein bei weitem feineres Punktsystem und es könnte wohl sein, dafs die roten und anscheinend glatten Zellen bei noch stärkerer Vergröfserung oder anderen Färbemethoden ein äufserst feines, bisher nicht sichtbar zu machendes Relief aufweisen. Die Farbe des Reliefs ist im allgemeinen blau und die Zellenfarbe wird wesentlich durch die Farbe des Reliefs mitbestimmt. Was ich bisher kurz als blaue Zellen bezeichnet habe, stellt sich, wie oben schon bemerkt, bei Betrachtung des Reliefs in den meisten Fällen als ein blaues Relief auf einer ungefärbten Zellenoberfläche dar. Da, wo das Relief einer roten Zellenoberfläche aufsitzt, erscheint es gewöhnlich in der Mischfarbe violett. Die Zellen, an denen wir ein Relief bis jetzt noch nicht hervorrufen konnten und die wir vorläufig unter die Rubrik der glatten verzeichnet haben, sind fast immer rot gefärbt, während an den blauen und violetten immer ein Oberflächenrelief zu sehen ist."

Am Schlusse seiner Arbeit kommt RAUSCH zu folgenden Resultaten: Das Relief sieht er als einen reduzierten Stachelpanzer an, die beschriebenen Stachelrudimente, von der Fläche gesehen, präsentieren das Relief. Er glaubt zwar nicht, dafs die Verschiedenheiten des Reliefs mit der Färbungsdifferenz der Zellen in ursächlichem Zusammenhange stehen, läfst diese Frage aber unentschieden. Diesen Zusammenhang zu prüfen und das Relief an den Hautschnitten zu verfolgen sollte meine Aufgabe sein, so hatte sie mir Professor UNNA gestellt, wofür ich mir erlaube, ihm hier, gleichfalls wie für die liebenswürdige Leitung meiner Arbeit, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Meine Arbeit begann ich mit der Nachprüfung der RAUSCHschen Hornbreipräparate. Ich bediente mich seiner Methode, die ich hier kurz wiederholen möchte: Die von frischer, oder besser vorher mazerierter Fufssohlenhaut abgeschabten Hornzellenmassen (wie ich es zweckmäfsiger fand, da letzteres Verfahren reinere Präparate lieferte), wurden in einem

Probiergläschen gut mit Leitungswasser geschüttelt und darauf zentrifugiert, darnach auf einen Objektträger gebracht, ein Tropfen Eisessig hinzugefügt, mit Hilfe eines zweiten Objektträgers gut verrieben und dann über der Flamme fixiert. Zur Färbung wurde die polychrome Methylenblaulösung benutzt. Nach der Färbung wurde das Präparat zuerst in schwach angesäuertem, dann in Leitungswasser abgespült und 1%iger Lösung von rotem Blutlaugensalz gebeizt. Darauf folgte Entfärbung durch Alkohol oder komponierte Aniline. Als solche bewährten sich am besten Pikroanilin (1‰ Pikrinsäure) oder Salzsäureanilin (1%). Die auf solche Art angefertigten Präparate erschienen rein, klar und deutlich. Die einzelnen Hornzellen waren verschieden, rot (eigentlich mehr rotviolett) oder blau gefärbt. Was das Relief anbetrifft, so liefsen sich drei verschiedene Arten von Zellen wahrnehmen: erstens ganz gleichmäfsig blau gefärbte Zellen (nach Rausch „glatte Zellen") ohne „Relief", zweitens Zellen mit feinem, dichtem, rotviolettem „Relief" und drittens Zellen mit grober, auseinanderstehender Punktierung, einem groben, stark gefärbten „Relief".

Dieser Befund stimmte mit dem von Rausch recht genau überein, bis auf die hellblau gefärbten Zellen ohne „Relief", die bei Rausch fehlten. Dafür konnte ich nicht das Vorhandensein von ganz glatten roten Zellen bestätigen, da eine genaue Untersuchung mit starker Vergröfserung und Ölimmersion in allen roten Zellen eine, wenn auch sehr feine Punktierung erkennen liefs.

Weiter fanden sich stellenweise noch andere interessante Bilder, nämlich Kombinationen dieser drei verschiedenen Zellenarten untereinander in der Weise, dafs z. B. mitten in einer Zelle mit grobem, blauen „Relief" einzelne umschriebene Kreise von feinem, violetten „Relief" auftraten. Oder die eine Seite der Zelle sehr grob und blau, die andere fein und rot punktiert — oder inmitten einer rein rot punktierten Zelle traten einzelne blaupunktierte Stellen auf, dieses aber seltener. Ebenso zeigten sich folgende Kombinationen der glatten und punktierten Zellen: homogene blaue mit Stellen von feinrotem „Relief", oder ebensolche deren eine Seite, resp. Hälfte ein grobes blaues „Relief" trug.

Gerade bei diesen Kombinationen machte ich jedoch eine Bemerkung, welche es mir zweifelhaft ercheinen liefs, ob die Punktierung überhaupt so oberflächlich sitzt, wie Rausch es annahm und durch den Namen „Relief" ausdrückte. Bei ausgiebigem Gebrauche der Mikrometerschraube stellte es sich nämlich öfters heraus, dafs dort, wo beide Arten der Punktierung in einer Zelle zusammentrafen, dieselben sich überschnitten, so dafs die blaue, grobe Punktirung über die rote hinwegging und eine über der anderen deutlich mit der Schraube einstellbar war. Daraus ging hervor, dafs wenigstens eine der beiden Punktierungen und zwar sicher die feine rote häufig in den Zellen auch durch die Methode von Rausch nach-

zuweisen ist. Um also nicht durch den Namen „Relief" für den Sitz der Punktierung zu präjudieren, werde ich im folgenden stets nur den unpräjudierlichen Ausdruck „Punktierung" für die in Rede stehenden gebrauchen. Über den wirklichen Sitz der Punktierung mufste gerade die von mir in Aussicht genommene Vergleichung der RAUSCHschen Bilder mit Schnittpräparaten der Hornschicht Aufschlufs geben. — Hierzu wurden Stücke der Fufssohlenhaut, nachdem sie in üblicher Weise in Celloidin eingebettet waren in möglichst feine senkrechte Schnitte zerlegt. Die Färbung wurde ebenso durchgeführt wie bei dem RAUSCHschen Hornbrei. Nachdem die Schnitte in polychromer Methylenblaulösung $^1/_2$—1 Minute recht intensiv gefärbt waren, wurden sie in saurem Wasser, dann Leitungswasser abgespült, in eine Lösung von rotem Blutlaugensalz gebracht, nochmals in saurem und Leitungswasser abgespült und durch Alkohol oder Pikroanilin, Anilin und Xylol in Balsam gebracht. Die Entfärbung wurde bei den Schnitten stärker und länger ausgeübt als bei den Breipräparaten, um auch hier die Präparate hell, dadurch die Struktur der einzelnen Zellen deutlicher und somit die Präparate mit den Breipräparaten vergleichbarer zu machen. Die Präparate stellten die schon aus der Arbeit von UNNA und GOLODETZ[3] bekannten bunten Bilder dar; es wechselten die Farben der Hornzellen — blau auf den „Bergen" über den Papillen und rot in den „Tälern" zwischen den Papillen. Nur die die Schweifsporen umgebenden Zellen erschienen häufig sehr schwach gefärbt, sogar fast farblos. In der violett gefärbten Stachelschicht traten die Kerne dunkelblau hervor. Eine schöne hellblaue, etwas grünlich schimmernde Farbe zeigte an manchen Präparaten die basale Hornschicht. Bei starker Vergröfserung liefs sich an den meisten Hornzellen eine feine rote oder gröbere blaue Punktierung ähnlich dem von RAUSCH beschriebenen „Relief" wahrnehmen. Diese füllte aber die hier ja im Durchschnitt erscheinenden Hornzellen vollkommen aus und liefs nur die hellen Säume frei, mit welchen die Hornzellen zusammenstiefsen, Es handelte sich hierbei also auch um eine verschiedenfarbige Punktierung, aber sicher um eine solche des Inhalts der Hornzellen. Ein wirkliches blaues und rotes „Relief" im Sinne von RAUSCH hätte man an diesen Schnittbildern ja gerade an Stelle der hellen Säume zu erwarten gehabt. Hier fehlte aber die Punktierung im ganzen Bereich der Hornschicht. Nur an den drei bis fünf Reihen der Übergangszellen zur Hornschicht tritt in der Tat das erwartete Reliefbild auf, indem hier die Zellen statt von hellen Säumen von regelmäfsigen, rotgefärbten Punktreihen umrahmt sind. Diese schwinden aber nach der Hornschicht zu und machen den hellen Säumen Platz. Ich glaube hiernach, dafs eine feine Punktierung als Grenze zwischen den Hornzellen („Relief" nach RAUSCH)

---

[3] *Monatshefte für prakt. Derm.* Bd. XLIX, Heft 3, s. o.

wohl besteht, aber im Bereiche der Hornschicht sich mittelst der Methode von Rausch nicht zur Darstellung bringen läßt. Um so deutlicher tritt mit ihrer charakteristischen Färbung und Größenverschiedenheit eine Punktierung des Zelleninhalts bei der Methode von Rausch an allen Hornzellen hervor.

Die an Schnittpräparaten gesehenen Bilder haben also viel gemeinschaftliches mit den Präparaten des Hornbreis, weisen aber auch recht bedeutende Unterschiede auf. Der Grund ist natürlich der, daß man an den Breipräparaten die einzelnen isolierten und demgemäß unversehrten Hornzellen nur von außen sieht, während an den Schnitten die Zellen vom Mikrotommesser alle durchschnitten werden.

Um diesen in der Methode liegenden Unterschied auszugleichen, lag es am nächsten, auch den Hornbrei in Schnitte zu zerlegen und zu untersuchen, ob dann die Punktierung im Innern der Zelle wie bei den Schnitten der ganzen Haut oder — als wirkliches Relief — nur an ihrer Oberfläche auftritt. Hierzu wurde Hornzellenbrei erst in Alkohol entwässert und dann in Celloidin eingebettet. Nach Härtung desselben wurden Blöcke formiert und in feine Schnitte zerlegt. Ohne dieselben von Celloidin zu befreien wurden sie dann nach Rausch gefärbt, mit Pikroanilin entwässert und entfärbt und durch Xylol in Balsam gebracht. Alkohol wurde vermieden, da er das Celloidin gelöst und somit die feste Einbettung der Zellen gelockert hätte. Da dem Celloidin gleichzeitig durch Rauschs Methode eine schöne dunkelblaue Farbe erteilt wird, so gesellt sich noch der Vorteil dazu, daß der Saum der Zellen sich gut vom blauen Hintergrunde abhebt und die Frage leichter zu entscheiden ist, ob ein gefärbter Zellinhalt direkt an den Einbettungsrahmen anstößt oder von demselben durch einen ungefärbten Saum (eine helle Zellenmembran) getrennt ist.

Die so angefertigten Schnitte von in Celloidin eingebettetem Hornbrei gaben sehr deutliche Bilder, welche die hier aufgeworfene Grundfrage einwandfrei zu beantworten gestatteten. Von allen Zellen finden sich in den Schnitten des Celloidinblocks nur Anschnitte, Zellenscheiben. Diese sind durch und durch gefärbt, da die Farblösung überall Zutritt hatte. Wie es zu erwarten war, finden sich unter diesen Zellenscheiben rotviolette und blaue, und wo Zellenkomplexe vorkommen, beide Arten in innigem Gemisch. Unter den blauen unterscheidet man sehr deutlich solche, die nur einen blaßblauen homogenen Inhalt haben und andere bei weitem häufigere, welche in diesem homogenen Inhalt dicke, grobe, dunkelblau gefärbte Körner aufweisen. Die größte Masse der Zellenscheiben aber ist rotviolett gefärbt und anscheinend homogen. Bei stärkerer Vergrößerung nimmt man jedoch an den dünneren Scheiben wahr, daß auch diese rotvioletten Zellen fein punktiert sind. Vielfach kommen auch so gefärbte

Scheiben vor, die in der Mitte oder am Rande oder sogar zur Hälfte statt der feinen rotvioletten Punktierung, eine grobe blaue Punktierung oder eine homogene blaue Färbung aufweisen. Genug, es kommen an diesen Schnitten vom Zellenbrei genau dieselben Verschiedenheiten der Zellen vor, wie sie uns an den Schnitten der ganzen Haut bei der Färbung nach Rausch aufgestoſsen sind; nur sind die isolierten Zellenscheiben im allgemeinen kräftiger gefärbt als die Anschnitte der Zellen auf den Hautschnitten.

Wenden wir nun unsere Aufmerksamkeit der Peripherie dieser Zellenscheiben zu, um zu erfahren, ob die äuſsersten Punkte der Punktierung an der äuſsersten Zellenperipherie liegen, also ein „Relief" darstellen. Da zeigt es sich besonders bei geeigneter Beleuchtung, speziell bei künstlicher, schräger Beleuchtung und teilweiser Abblendung, daſs auch die äuſsersten Punktreihen der Zellenscheiben noch nicht die Peripherie selbst bilden, sondern von dem blauen Hintergrunde des Celloidins durch einen feinen ungefärbten, hellen Saum getrennt sind.

Noch überzeugender wirkt aber in dieser Hinsicht das Bild von zusammenhängenden Gruppen von Zellscheiben. In diesen treten nämlich sehr scharf völlig ungefärbte, helle Zellsäume auf, die den Zellhüllen entsprechen und nirgends durch Punktreihen unterbrochen werden.

Ich kann es hiernach mit Sicherheit aussprechen, daſs die durch die Methode von Rausch im Bereiche der Hornschicht gefärbte Punktierung nicht das Wesen eines Reliefs besitzt, sondern nur die äuſserste Zone einer Punktierung darstellt, welche, wie die verschiedenartigen Schnittpräparate zeigen, durch die ganze Dicke des Zellenleibes hindurchgeht. Sie ist also der Ausdruck einer Differenzierung des Zelleninhaltes. Hiermit soll nicht behauptet werden, daſs es nicht durch eine Modifikation dieser Methode oder eine andere gelingen wird, auch an der Oberfläche der Hornzellen die punktförmigen Reste des Fadenapparates in Gestalt einer Punktierung nachzuweisen. Ich weise in dieser Beziehung noch einmal darauf hin, daſs ich eine solche Punktierung also ein wirkliches Relief — allerdings bisher nur auf Schnitten — in der Höhe der Übergangszellen zur Hornschicht mittelst der Methode von Rausch dargestellt habe.

Die hier gegebene Darstellung läſst nun auch eine leichte Deutung der verschiedenen Punktierungen zu, wenn wir uns der Arbeiten von Unna und Golodetz[4] erinnern, welche die chemischen Bestandteile der Hornschicht kennen lehrten, und der Arbeit von Judin[5], dem es möglich wurde,

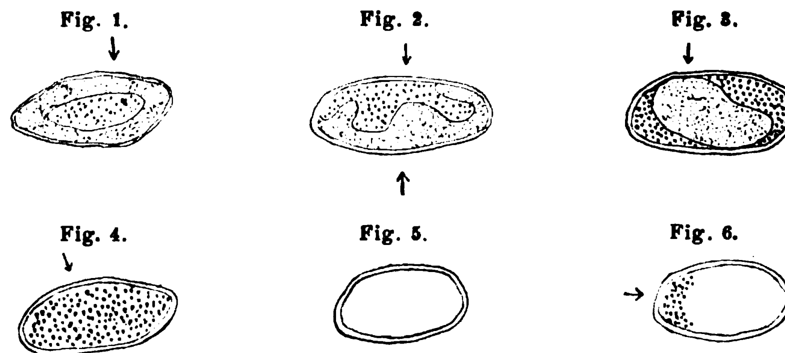
---

[4] Unna und Golodetz, „Neue Studien über die Hornsubstanz". *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 44, S. 397 und 459 und Bd. 47, S. 62. Dieselben, „Zur Chemie der Haut". Ebenda 1908. Bd. 47, S. 179, 242 und 595; 1909. Bd. 48, S. 149, und Bd. 49, S. 95.

[5] Judin, „Die Anordnung der Bestandteile in der Hornzelle". *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 49, Heft 4.

auf Grund dieser Kenntnisse die Verteilung jener Bestandteile in den Hornzellen nachzuweisen. Wir wissen jetzt, dafs die ungefärbten, hellen Säume der Hornzellen aus Keratin A bestehen, die rotviolette Punktierung aus Keratin B und die blaue Punktierung aus Albumosen, während die hellen, schwach blau gefärbten, anscheinend inhaltlosen Zellen (RAUSCHS glatte Zellen) den hohlen Zellen (oder Schweifszellen) von UNNA-GOLODETZ entsprechen. JUDIN hat gezeigt, dafs das Keratin B eine meist periphere, dicht unter dem aus Keratin A bestehenden Mantel der Hornzelle gelegene Zone der Zelle einnimmt, hin und wieder aber auch nur einen seitlichen Teil der Zelle. Der übrige entweder zentrale oder auch seitliche Zelleninhalt wird von Albumosen eingenommen.

Hält man sich diese Bilder vom Durchschnitt der Hornzelle vor Augen, so versteht man sehr gut, dafs ein in verschiedener Weise gefärbter, peripherer Abschnitt derselben (hier durch einen — angedeutet) uns die-



Der helle Randsaum deutet den aus Keratin A bestehenden Zellmantel an, die feine Punktierung Keratin B, die grobe Punktierung Albumosen. Die Zelle Fig. 5 entspricht den hohlen Zellen von UNNA und GOLODETZ.

jenigen Bilder zeigen mufs, welche durch eine nur von aufsen angreifende Färbung und eine einseitige Besichtigung der Zellen zu erwarten sind.

Betrachten wir die Zelle 1 in der Richtung der Pfeile, so können wir nur eine dichte, feine, rote Punktierung erblicken.

Zelle 2 ergibt, in beiden Pfeilrichtungen angesehen, das Bild eines zweimaligen Wechsels von blauer grober und roter feiner Punktierung.

Zelle 3 zeigt uns, in der Pfeilrichtung angesehen, eine zentrale feine rote Punktierung, allseitig umgeben von einer groben blauen, die an den Grenzbezirken oberhalb der roten verläuft.

Zelle 4 gibt, in der Pfeilrichtung angesehen, blofs eine grobe, blaue Punktierung.

Zelle 5 wird von allen Seiten gesehen nur eine homogene bläuliche Zelle darstellen.

Zelle 6 stellt eine homogene Zelle mit seitlich gelegener grober blauer Punktierung dar.

Ich glaube hiermit gezeigt zu haben, daſs vom Standpunkte der neuen Hornarbeiten aus das interessante von RAUSCH entdeckte „Relief" der Hornzellen sich vollkommen erklären läſst und zwar durch die verschiedene Mischung der jetzt bekannten Bestandteile der Hornzellen in den verschiedenen Zellindividuen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 13. Juli 1909.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LESSER Nachruf auf BERGH-Kopenhagen.

2. LIPMAN-WULF demonstriert ein 17jähriges Mädchen mit **DARIERscher Dermatose**. Die Krankheit begann im vierten Lebensjahre.

Diskussion: BAUM gibt zu bedenken ob nicht an Porokeratosis MIBELLI zu denken wäre, JULIUSBERG und LIPMAN-WULF beweisen die Richtigkeit der Annahme einer DARIERschen Hyperkeratose.

3. E. LESSER berichtet sehr günstige Heilerfolge an 22 Syphilisfällen mit UHLENHUTHS **atoxylsaurem Quecksilber**. Die Dosis betrug bei Männern 0,05, 0,05, 0,1, 0,1, 0,1, 0,1, 0,1, Summa 0,6 in vier Wochen; die Frauen 0,03, 0,05, 0,1, 0,1, 0,1, 0,1, Summa 0,48 in derselben Zeit. Von 21 Fällen sekundärer Syphilis waren nach dieser Applikation 18 geheilt, 2 gebessert, ein kleinpapulöses Syphilid wenig beeinfluſst (heilte aber durch zwei weitere Kalomelinjektionen auch nicht ab). Drei Fälle von Lues maligna heilten ab, die tertiären Fälle heilten alle drei. Das Präparat wird gut ertragen, Augenstörungen wurden nicht gesehen, ein Mal Albuminurie, Stomatitis. Das Präparat wird als sehr wirksam bezeichnet, namentlich in so kleinen Dosen, was LESSER als Freund der kleinsten Dosen besonders sympathisch ist. Bei einem Gehalt von 32% Hg und 23% As erhält der Kranke 0,16 Hg und 0,12 As während der ganzen Kur. Die Rezidive scheinen langsamer aufzutreten als nach Atoxyl, wenigstens sind schon einige der Kranken sechs Wochen lang frei von Symptomen geblieben.

Diskussion: BLASCHKO bestätigt die guten Heilerfolge. Er hat von der Ölemulsion 10—12 Einspritzungen von 0,8—1,0 gegeben. Die Empfindsamkeit ist etwas gröſser als nach Salicylvasenolemulsion. Vielleicht ist es das Mittel für den ersten Beginn der Lues, vor dem Exanthem.

UHLENHUTH berichtet über die Möglichkeit, Hühnerspirillose mit einer Einspritzung zu heilen, was mit Atoxyl und Hg allein nicht in so geringen Dosen gelingt. Bei Kaninchen kann man mit einer einzigen Einspritzung die Syphilis aufhalten, eine syphilitische Keratitis heilen. Die Vorstellung von der Wirkung ist möglicherweise so, daſs durch das Hg das Atoxyl im kranken Gewebe fixiert wird. Gelatineemulsionen scheinen weniger zu reizen als Ölmischungen.

4. JULIUSBERG demonstriert **Pigmentierung** der Haut unter Kollodiumverband nach Säbelhieben (Student).

5. JULIUSBERG demonstriert eine Frau mit ganz flachem, etwa fünfmarkstückgroſsen **Plattenepithelcarcinom** der Vulva.

6. Saalfeld demonstriert den Patienten mit **Pityriasis rosea** (?), welchen er im Juni gezeigt hat. Auffallenderweise sei er trotz innerer Arsenbehandlung noch nicht geheilt.

Diskussion: Rosenthal sieht die Affektion nicht als Pityriasis rosea an. An der Arsenheilungsmöglichkeit der Pityriasis rosea zweifelt er. Lippmann berichtet, daſs Elliot-New York diese Krankheit ebenfalls mit Erfolg innerlich behandle.

7. W. Friedländer demonstriert einen 22jährigen Mann mit ausgebreiteten Verschwärungen, schlaffen Abszessen und aus solchen hervorgegangenen, scharf umschriebenen Narbenbildungen (mit Comedonen). Früher hat er eine tuberkulöse Osteomyelitis der Unterschenkel gehabt. Auch die jetzige Affektion wird als tuberkulös angesehen (**Skrophuloderma**).

Diskussion: Arndt vergleicht den Fall mit dem von J. Fabry und H. Kirsch beschriebenen Fall von Blastomykose der Haut (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905, Bd. 77, S. 371.) Es sind das Fälle einer chronischen Infektionskrankheit, die ins Gebiet der Akne gehört, Langs Folliculitis und Perifolliculitis conglobota mit kalten, weithin unterminierenden Abszessen, aber keine Tuberkulose. Auch Saalfeld hält es nicht für Tuberkulose. Derselben Ansicht ist Blaschko. Schultz hat dergleichen Entwicklung im Anschluſs an Bromakne gesehen. Rosenthal rechnet die Affektion zur Tuberkulose. Von Akne unterscheidet sie sich durch das Fehlen der multiplen kleinen Narben. In solchen Fällen wirkt häufig Quecksilberbehandlung gut; es ist noch nicht auszuschlieſsen, daſs auch eine zugrundeliegende Syphilis an dem merkwürdigen Prozeſs mitbeteiligt ist. Blaschko erinnert an Lassars Bezeichnung Akne gigas, welcher vagen Nomenklatur Arndt entgegentritt. Saalfeld empfiehlt opsonische Therapie. Pinkus vergleicht die Follikulitiden und schlaffen Abszesse mit den abortiv verlaufenden Effloreszenzen einer durch Cerolin- oder Hefebehandlung abklingenden Furunkulose. Friedländer hält bei der geringen Klärung, welche die Diskussion erbracht hat, seine ursprüngliche Anschauung von der tuberkulösen Natur des Leidens für berechtigt.

8. W. Friedländer demonstriert einen Mann, der vier Wochen nach Beendigung einer Schmierkur, die tertiäre Syphilide zur Abheilung brachte, ein **Gummi sterni** darbietet.

9. L. Pick und Pinkus: **Weitere Mitteilung zur Lehre von den Xanthomen: die echten xanthomatösen Neubildungen.** Den Vortragenden stand für ihre Untersuchungen ein relativ grofses Material zu Gebot: sieben Fälle, unter Hinzuziehung von drei nach dem frischen Nachweis der Vortragenden gleichfalls hierhergehörigen „Schaumzellentumoren".

Das eigentliche und wesentliche Charakteristikum der echten xanthomatösen Neubildungen ist der Gehalt der Geschwulstzellen an fettähnlicher doppeltbrechender Substanz.

Die symptomatischen Xanthome bei Ikterus und Diabetes entstehen, wie die Vortragenden gezeigt haben, durch Infiltration der doppeltbrechenden Substanz in Bindegewebs-, Endothel-, einkernige phagozytierende Wanderzellen. Derartige Infiltrationsstrukturen doppeltbrechender Substanz sind im Organismus auſserordentlich verbreitet in Organen und unter Bedingungen, die mit „Xanthomen" nicht das mindeste zu tun haben. Die doppeltbrechende Substanz kann dabei teils als solche (bei Nephritis; bei allen reaktiven Eiterungen), teils in ihren Komponenten (aus dem Inhalt von Demoidzysten und Atheromen; beim agonalen Fettzerfall im Mesenterium) aufgenommen werden. Dadurch erscheinen viele der inneren Xanthomatosen im anderen Licht; die „Xanthomzelle" selbst kann für „Xanthom" wenn auch als charakteristisch, so doch nicht als spezifisch oder histopathogenetisch betrachtet werden.

Wo Infiltrationsstrukturen doppeltbrechender Substanz in besonderer Häufung Tumoren erzeugen, sind diese keine echten Neubildungen, sondern bloſse Anreicherungsprodukte.

Im Gegensatz dazu sind die echten xanthomatösen Neubildungen auch dann Neoplasmen, wenn man ihren Gehalt an fettähnlicher doppeltbrechender Substanz subtrahiert. Allerdings gehören hierher nicht die relativ häufigen Carcinome, Sarkome, Adenome, in denen doppeltbrechende Substanz durch Zerfall von Geschwulstzellen — eventuell selbst in kolossaler Menge — frei wird. Vielmehr umfaſst der Begriff der echten xanthomatösen Neubildung nur diejenigen Formen, in denen die Geschwulstzellen bei ihrer Tätigkeit doppeltbrechende Substanz aufzuspeichern persistiren. Es sind dies — abgesehen von den eine Klasse für sich ausmachenden Neoplasmen der Nebennierenrinde — bestimmte Neubildungen der Bindegewebsgruppe: Fibrome, Sarkome, Endotheliome, Fibrokarzinome. Je nach den besonderen Verhältnissen des Stromas, der Zellwucherung, der Zellform und der Verteilung der doppeltbrechenden Substanz schwankt notwendig auch das histologische Bild. Ferner sind die echten xanthomatösen Neubildungen keineswegs ein unbedingtes Korrelat der Haut. Sie werden auch an Schleimhäuten, Speicheldrüsen, dem Periost getroffen. Gerade die letzteren Formen führen eventuell Riesenzellen vom Knochenmarkstypus. Die von Touton im „Xanthom“ zuerst gesehenen Riesenzellen mit drei Zonen sind Fremdkörperriesenzellen, deren äuſserste Zone, wie die Vortragenden zeigen, aus doppeltbrechender fettähnlicher Substanz besteht. — Die Elemente der echten xanthomatösen Neoplasmen können auſser der letzten Substanz auch Fett und Pigment führen; integrierend ist aber weder das eine noch das andere. Die Prognose wechselt mit dem histologischen Grundcharakter der Neubildung; Rezidive, auch Metastasen kommen gelegentlich vor. —

Für die chemische Qualität der fettähnlichen doppeltbrechenden Substanz kommen die „Myelinsubstanzen“ (Cholesterinfett, Protagon, Lecithin) entweder rein oder in Mischungen, sei es untereinander oder auch mit Neutralfett in Frage: Im symptomatischen Xanthom haben die Vortragenden durch Pringsheim die von ihnen behauptete Identität der doppeltbrechenden Substanz mit Cholesterinfett erwiesen. Auch sonst spielten für die chemische Zusammensetzung der doppeltbrechenden Substanz die Cholesterinfettsäurereste eine bedeutende Rolle, da beim Aufbau und Abbau der doppeltbrechenden Substanz im Organismus sich häufig Cholesterin, sei es in makroskopischen Massen („Cholesteatom“ der Tela chorioides im Pferdehirn), sei es mikroskopisch nachweisen läſst.

Auch in den echten xanthomatösen Neubildungen haben die Vortragenden mitten im Geschwulstparenchym eigenartige lokale an Cholesterintafeln reiche Herde feststellen können. Die Myelinsubstanz der Xanthome gibt die Weigertsche Markscheidenfärbung.

Die ursprünglich klinische Bezeichnung „Xanthom“ umfaſst zwei essentiell verschiedene Gruppen: echte Neubildungen und bloſse Infiltrationsstruktur (letztere gleich L. Aschoff: Xanthelasmen und Pseudoxanthelasmen) und muſs dann als Sammelbegriff fallen, ebenso wie der Begriff der „Xanthomzelle“ als spezifisch für das „Xanthom“. — Da aber auch ferner das „Xanthom“ als solches keine eigene Geschwulstform repräsentiert, vielmehr hier lediglich eine für bestimmte Einzelfälle von Fibromen, Sarkomen, Endotheliomen usw. attributär oder adjektivisch erworbene Eigenschaft in Frage kommt, so muſs diese auch rein adjektivisch zum Ausdruck gebracht werden: es gibt kein Fibroxanthom, Sarkoxanthom als „Evidenz“ zweier Neoplamen, sondern lediglich ein Fibroma, Sarkoma, Endothelioma usw. xanthomatosum, besser myelinicum oder lipoidicum.

(Demonstration der makroskopischen und mikroskopischen Präparate, der Polarisationsobjekte, des aus dem „Xanthom“ in groſsen Massen rein dargestellten

Cholesterins und der mikroskopischen Schnitte verschiedener Färbung auf LUMIÈRE-Mikrophotogrammen in Projektionsbildern.) Autoreferat von L. PICK.

10. HALBERSTAEDTER demonstriert Präparate von **Spirochäten**, dargestellt mit der Aussparungsmethode mit chinesischer Tusche **nach BURRI**.

Diskussion: BAUM lobt die Methode sehr. Sie steht der langsamen Färbung nach GIEMSA völlig gleich. TOMASCZEWSKI zieht die Untersuchung im Dunkelfelde vor. HALBERSTAEDTER hält sie für den Färbemethoden überlegen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER-Wien.

Sitzung vom 28. April 1909.

FINGER demonstriert ein über den ganzen Körper, besonders Gesicht, Stirn und Kopfhaut ausgebreitetes **papulo-krustöses Syphilid**, vier Monate nach der Infektion. Vielfach sind es grofse, erythematöse Efflorescenzen, in der Mitte mit einer feuchten, gelbbraunen Kruste bedeckt.

NOBL zeigt ein siebenjähriges Mädchen mit einem **disseminierten akneiformen Tuberkulid**, das in ganz akuter Form nach Morbillen aufgetreten und am ganzen Stamm, den Extremitäten und Ohren zahlreiche follikuläre, stecknadelkopfgrofse, lebhaft braunrote, leicht schuppende Knötchen aufweist.

FASAL demonstriert eine 24jährige Frau mit dem charakteristischen Bilde der **Sklerodermie** im Gesicht, welches starr, unbeweglich, alle Falten verstrichen zeigt; die Lippen sind starr, die Zahnreihe nicht gedeckt. Die Schleimhaut ist ähnlich, wie KREN in seinen Fällen mitteilte, ergriffen, die Lippenschleimhaut blafs, substanzarm, das Frenulum verdickt, weifsglänzend. Auch die Hände und Finger sind beteiligt, bretthart, blaurot; an den Malleolen intern sind depigmentierte, narbenähnlich atrophische Stellen. Der Prozefs dauert zehn Jahre.

LIPSCHÜTZ demonstriert:

1. einen **Herpes zoster generalisatus**. Über der Stirn, rechts von der Mitte ein guldengrofser Herd von bereits im Eintrocknen begriffenen Bläschen, von denen einzelne auch auf der linken Stirnhälfte bis vor dem linken Ohre zu finden sind; ganz zerstreute Bläschen sind auch am Stamm beiderseits zu sehen. Ähnliche Fälle wurden von EHRMANN, FASAL und WEIDENFELD beschrieben.

Diskussion: NOBL konnte entgegen allen anderen Fällen, besonders dem von WEIDENFELD, der nicht überzeugend war, erst durch den Fall FASALS die sichere Überzeugung eines Zoster generalisatus gewinnen.

KREN glaubt, dafs Formen von Zoster generalisatus mit aberranten Bläschen häufiger sind, als allgemein beschrieben wird.

ULLMANN: Solange man bei der Erklärung des Zoster bestimmt an der isolierten Erkrankung eines einzelnen Nerven glaubte, war das Festhalten an der Unmöglichkeit eines Zoster generalisatus begreiflich. Aber die Überzeugung, dafs es sich hierbei um eine Allgemeininfektion handelt, ist so fortgeschritten, dafs die pathologische Erklärung dieser gewifs nicht seltenen Fälle keine Schwierigkeit bietet.

EHRMANN beobachtete vier Fälle von Zoster gangraenosus, bei denen mehrere bis vier Tage nach Ausbruch der ersten Eruption disseminierte, varicellenartige Efflorescenzen auftraten. Die Erklärung ist hierfür wohl ähnlich wie in einem Falle, den ich in der Gesellschaft für innere Medizin jüngst vorstellte. Es handelte sich um ein papulöses Exanthem am Kopf, Stamm und im Gesicht; keine Sklerose, aber multiple Drüsen. Die Blutuntersuchung ergab eine Leukämie. Dazu trat ein zoniformer, bläschenartiger, zosterähnlicher Ausschlag, der analog wie beim Herpes zoster auf eine

Embolie in das Gefäßsystem eines Nerven zurückzuführen ist, während die disseminierten Effloreszenzen durch Nachschübe des infektiösen Agens in die allgemeine Blutbahn entstehen.

Riehl: Über die Ätiologie des Zoster ist ja wenig Tatsächliches bekannt. Wenn derselbe auch in Form von Epidemien auftritt, hat er doch keine gleiche Ätiologie. Gegen die Auffassung von Ehrmann spricht die Sterilität der primären Zostereffloreszenzen; unter den Ursachen des Zoster ist die toxische sicher, wie durch Jod, Arsen, Kohlenoxyd; es ist möglich, dafs die eventuelle toxische Noxe sowohl die lokale als die generalisierte Affektion hervorruft. Die Diagnose eines Zoster generalisatus dürfte aber eher zu häufig gemacht werden. Ich sah vor Jahren auf der Klinik Braun einen Fall mit einer zosterartigen Blaseneruption, der sich noch zahlreiche disseminierte Bläschen zugesellten; es war aber eine sichere Variola, deren Gift vielleicht zuerst die lokale Veränderung im Gebiete eines Nerven und dann die Allgemeineruption erzeugte.

Ullmann glaubt demgegenüber, dafs die infektiöse Ursache die häufigste sei, die einzelne oder mehrere verschiedene Nervengebiete betreffen kann.

Sachs: Nach Kohlenoxydintoxikation ist der Zoster frontalis besonders häufig; er sah im vorigen Sommer einen Fall von Zoster intercostalis und glutaealis neben zerstreuten varioliformen Effloreszenzen.

Ehrmann berichtete seinerzeit über einen Morphinisten, der nach einer heftigen Intoxikation eine Eruption im Nervus frontalis bekam, was wohl sicher für eine Intoxikation, nicht aber gegen eine Infektion spricht.

Lipschütz weist darauf hin, dafs auch andere belebte Gifte, wie Lyssa, nur einzelne Nervenbahnen ergreifen.

2. ein grofspapulöses, serpiginöses **Spätsyphilid** bei einer 34jährigen Frau am rechten Vorderarm um eine pigmentierte Narbe.

3. einen **Lichen ruber verrucosus** an den unteren Extremitäten mit zerstreuten Planusknötchen am Genitale und den Vorderarmen.

4. einen 21jährigen Mann mit einer Kombination von **Psoriasis und Lues.** Die erstere besteht seit 18 Jahren, ist jetzt universell, guttata und nummularis, stark schuppend. Daneben nicht schuppende, braunrote Papeln und Condylomata ad anum.

Weidenfeld demonstriert einen **Lichen ruber planus atrophicus** bei einem 36jährigen Mann, der vor drei Jahren auch die gleiche Affektion hatte. Jetzt am Penis Lichen nitidus-Effloreszenzen, die im Zentrum mit Atrophie und Depigmentierung ausheilen; am Hoden mehrere ähnlich verlaufende, kreisförmige Herde. Patient bekam das erstemal lange Zeit Arsen, das ebenso wie das Hg bei Lues keine Dauerheilungen erzielt.

Müller zeigt im Anschlufs einen **Lichen ruber planus** in akuter Aussaat mit besonders starkem Juckreiz.

Oppenheim zeigt eine 42jährige Frau mit einem **Lupus miliaris disseminatus** im Gesicht, besonders Nase, Stirn, Kinn und Wangen; an diesen sind die Knötchen mehr flach, braunrot, hyperämisch, am Kinn mehr halbkugelig, in der Mitte gelblich, an Akne gemahnend; histologisch aber zeigen sie einen sicheren, tuberkulösen Bau ohne Zusammenhang mit den Follikeln. Pirquet und ebenso die Untersuchung auf Tuberkelbazillen und die Granula von Much sind negativ; vor sechs Jahren leichte Haemoptoe.

Kren demonstriert einen ähnlichen Fall einer **Akne teleangiektoides,** die über Stirn, Nase und Wangen dicht braunrote Knötchen zeigt, mit teilweise schon makroskopisch als gelber Punkt erscheinender, zentraler Nekrose.

Oppenheim stellt noch vor eine **Lues corymbosa** bei einem Patienten, der im August 1908 eine Sklerose akquirierte, dann fortdauernd unter Hg-Behandlung stand,

während derselbe aber ein pustulöses Syphilid bekam, das mit tiefbraunen Pigmentflecken abheilte; ringsherum blieb eine freie Zone und dann ein neuer Kreis papulo-pustulöser Effloreszenzen.

Ernst Spitzer zeigt einen Mann, der bei einer akuten Blennorrhoe die Urethra mit Salmiak einspritzte und verätzte, danach eine schwere Hämaturie und jetzt vier Strikturen bekam.

Nobl demonstriert eine 40jährige Frau mit einer **Akrodermatitis atrophicans** mit ödematöser Schwellung und cyanotischer Rötung der Vorderarme und Hände, deren Haut dabei dünn und gefältelt ist. Die Ursache ist dabei wohl in häufigen Kongelationen zu suchen.

Königstein stellt einen 34jährigen Mann mit einer Affektion vor, die er am ehesten mit dem **Lichen nitidus** identifizieren möchte. An der unteren Bauchhaut mehrere erbsengroſse, flache. blaſsbraunrote Knötchen und in deren Umgebung zahlreiche kleinste, kaum stecknadelkopfgroſse von ähnlicher Farbe; auf Tuberkulin Allgemein- und Lokalreaktion mit starker Rötung und Schwellung der kleinen Knötchen. Histologisch handelt es sich um subepidermoidale, kleinste Tuberkelknötchen mit epitheloiden und Riesenzellen, aber ohne Verkäsung; nach der Tuberkulineinspritzung bemerkt man eine Zertrümmerung der Knötchen mit Abhebung des Epithels.

Diskussion: Weidenfeld möchte diesen Fall in die Gruppe der kleinmiliären Lupoide von Boeck einreihen.

Kyrle teilt mit, daſs Boeck selbst in einer brieflichen Mitteilung auch an diesem Zusammenhange festgehalten. In dem von ihm mitgeteilten Falle hatten die Knötchen nicht die tiefbraune Farbe, sondern die der umgebenden Haut.

Nobl sah die Präparate von Pinkus, die auch keine Verkäsung zeigten.

Kren zeigt:

1. einen 54jährigen Mann mit **Pemphigus vegetans**, der mit zahlreichen Blasen begann, die immer dichter wurden und zu starken Wucherungen führten. Jetzt sieht man noch ausgedehnte dunkelbraune Pigmentationen um den Nabel und in den Achselhöhlen, da in der letzten weder an der Hautdecke noch an den Schleimhäuten neue Erscheinungen auftraten, die bestandenen Vegetationen sich ganz zurückbildeten, vielleicht unter dem Einflusse einer neuen Therapie, ganz kleinen Arsen- und minimalen Atropindosen (3 mg pro die). Auch ein Patient mit Pemphigus foliaceus zeigt bei dieser Behandlung entschiedene Besserung.

2. einen zweiten Fall von frischem **Pemphigus vegetans** mit zahlreichen Blasen und Wucherungen im Munde, am Nabel und Genitale.

Reitmann demonstriert einen 19jährigen Burschen, der vor vier Wochen wegen einer Pediculosis vestimentorum Aufnahme fand. Nach Abheilen der Exkoriationen traten plötzlich unter hohem Fieber am Stamm und den Extremitäten kreisförmig gruppierte miliäre Pusteln auf, die eintrockneten und im Zentrum eine lamellöse Krustenmasse bildeten, während am Rande neue Bläschen aufschossen. Jetzt bietet er nach Aufhören der Bläscheneruptionen das Bild einer generalisierten Affektion mit diffuser Rötung und Schwellung der unregelmäſsig kleinschuppenden Haut. Das Gesicht ist frei. Es handelt sich wohl um einen Fall von **Impetigo herpetiformis** beim Manne, wie ihn Riehl und Kren beschrieben. Der Patient erhielt Elektralgolinjektionen.

Diskussion: Weidenfeld betrachtet den Fall als Psoriasis, die oft und nicht nur infolge einer reizenden Therapie mit solchen Pusteln auftritt und dann zu universeller Erythrodermie führt. Kaposi hielt dies für ein autotoxisches Exanthem, bei dem auch Haare und Nägel meist ausfallen. Es entspricht dieses zweite Bild der von Besnier beschriebenen Dermatitis exfoliativa acuta, welche auch interkurrent bei Psoriasis vorkommt.

Scherber kann den vorgestellten Fall keineswegs als typische Impetigo herpetiformis auffassen.

Kren glaubt, daſs es wohl keine Impetigo herpetiformis sei, aber anfangs ähnlich ausgesehen habe.

Ehrmann sah noch keine Impetigo herpetiformis von diesem Verlaufe und generalisiertem Aussehen. Auch die bestehende allgemeine Drüsenschwellung spricht eher für eine Erythrodermia exfoliativa generalisata; auch eine Leukämie oder Tuberkulose kann dahinterstecken, was durch eine Blutuntersuchung näher bestimmt werden könnte.

Winkler zeigt eine **Hautreaktion durch elektrolytische Einführung von Trockentuberkulin.** Dasselbe wird bei einer Verdünnung von 0,1:1000 physiologischer Kochsalzlösung an der Anode durch zehn Minuten bei 5 M.-A. appliziert und erzeugt dann bei bestehender Tuberkulose, wie bei dem vorgestellten Mädchen mit Lupus vulgaris, ganz gleich wie das Einreiben mit der Salbe nach Moero, einen umschriebenen Herd von kleinen roten Knötchen.

Diskussion: Nobl glaubt, daſs die angewendete Stromstärke allein schon diese follikuläre Reizung setzt.

Winkler kann eine solche auf Grund von Kontrollversuchen mit gewöhnlichem Wasser ausschlieſsen.

Müller stellt auf:

1. eine **Sklerodermie en plaques** in Form dreier morphaeaartiger Herde am Stamm. Der erste zeigt ein weiſses Zentrum mit speckigem Glanze, einen lilafarbigen Ring und dazwischen gelbliches Pigment. Die Konsistenzvermehrung ist nicht groſs, was für den oberflächlichen Sitz der Veränderung spricht. Die Flecken bestehen seit einem Jahre. Milztumor, aber normaler Blutbefund.

2. zwei Fälle von **Lichen scrophulosorum** bei einem elf- und einem achtjährigen Knaben. Der letztere hat auch ein papulo-nekrotisches Tuberkulid, dessen Effloreszenzen von Lichenknötchen umgeben sind.

3. eine **Lues pustulosa maligna,** zwei Monate nach der Infektion (Februar 1909).

Sitzung vom 12. Mai 1909.

Ehrmann stellt vor:

1. einen 62jährigen Mann mit dem Bilde einer **Dermatitis exfoliativa generalisata,** und zwar wahrscheinlich einer vorübergehenden Erythrodermie. Die ganze Haut ist intensiv gerötet, behaarter Kopf und Gesicht mit kleinen, der übrige Körper mit groſslamellösen Schuppen bedeckt; Augenbrauen und Kopfhaare sind ausgefallen, die Drüsen multipel, aber schwach vergröſsert. Kein Fieber; auf 2 mg Alttuberkulin kein Reaktion, so daſs Tuberkulose und Pityriasis rubra auszuschlieſsen sind.

Diskussion: Reitmann bemerkt, daſs der Patient seit 2 Jahren bei Riehl in Behandlung stand und bis vor acht Wochen das Bild einer typischen Psoriasis bot; auf Pyrogallus- und Chrysarobinbehandlung trat eine Reizung auf, die sich rasch ausbreitete.

2. ausgedehnte **tuberkulöse Hautulcerationen** am linken Fuſs und Unterschenkel. Der Fuſsrücken ist von einem serpiginös gezackten Geschwür mit wallartig aufgeworfenen Rändern und uneben granulierendem, zum Teil eitrig zerfallenem Grunde eingenommen, das auch auf die Fuſssohle und Zehen übergreift und bei diesen zu schweren Mutilationen geführt hat; auch auf dem Unterschenkel befinden sich ähnliche Geschwüre mit einigen frischen Epithelinseln auf der Ulcerationsfläche. Auf beiden Handrücken und von hier rechts auf Zeigefinger und Daumen übergreifend ein Lupus verrucosus, links sind Hand und Finger in starker Kontrakturstellung. Auch die Nasenlöcher sind von Ulcerationen mit zerfallenem Grunde und unregelmäſsig gezacktem Rande umgeben; in der Nachbarschaft keine einzelnen Knötchen. Histologisch wurde

der Verdacht auf Blastomykose nicht bestätigt, es fanden sich typische Tuberkelknötchen. Am rechten Handrücken besteht ein auf Daumen und Zeigefinger übergreifender **Lupus verrucosus**, links befinden sich die von Ulcerationen bedeckten Finger- und Handrücken in Kontrakturstellung und sind vielfach durch Mutilationen zerstört. Die Reaktion auf Tuberkulin war positiv, der WASSERMANN negativ.

SACHS demonstriert eine Hutarbeiterin mit einem **Nagelekzem**, Verdickung, Schwarzfärbung, Trübung und Aufrauhung einzelner Nägel an beiden Händen, ohne daſs die übrige Haut erkrankt wäre; die Schädigung dürfte durch Schwefelsäure hervorgerufen sein, welche die Frau beim Hutwalken benutzt.

Diskussion: NOBL hält die Nagelaffektion für eine zufällige Krankheit, die mit der erwähnten Beschäftigung nichts zu tun hat.

ULLMANN stellt vor:

1. einen 15jährigen Mann, der am Stamm, besonders vorn am Thorax, eine Reihe von erbsen- bis hellergroſsen, rötlichen bis braungelben Flecken zeigt, die seit mehreren Monaten bestehen und die er für eine **Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea** hält. Der Urinbefund ist negativ, es besteht kein Jucken, aber starke Urticaria factitia.

Diskussion: NOBL vermiſst die Kardinalsymptome dieses Krankheitsbildes, das Auftreten in frühester Kindheit und die intensive Pigmentbildung. Die bei der Urticaria xanthelasmoidea typische starke Resistenzvermehrung fehlt auch. Wichtig wäre auch die Kenntnis des histologischen Bildes. NOBL selbst hat fünf Fälle gesehen, darunter zwei eigene, von denen einer 1905 publiziert und mit genauem histologischen Befund beschrieben wurde.

EHRMANN: Es gibt wohl Fälle, bei denen ähnlich wie bei Lues ein ausgebreitetes makulöses Exanthem ohne stärkere Pigmentbildung mit deutlicher Urticaria factitia auftritt; aber dann besteht mehr eine diffuse Beteiligung; hier dürfte es sich eher um eine Urticaria chronica handeln.

ULLMANN möchte hervorheben, daſs zwei Formen beschrieben sind, neben der nodulösen auch eine makulöse, wie sie der vorgestellte Fall zeigt; das histologische Bild wird in der nächsten Sitzung nachgeholt werden.

2. ein **Schwielengumma** der Wade bei einem 40jährigen Manne. Infektion vor 20 Jahren. Vor einem Jahre erste gummöse Erscheinungen im Kehlkopfe. Jetzt ein faustgroſses, derbes Infiltrat, weil in die Muskulatur hineinreichend, oberflächlich zerfallen, mit einem lochförmigen, nekrotisch belegten Geschwür.

3. einen seit zwei Jahren an einer Reihe von **tabischen** Symptomen leidenden Mann. Lues vor 20 Jahren. Derzeit Pupillendifferenz und -starre, Patellarreflexe erloschen, Darmkrisen. Ich will nun mit PILZ und WAGNER den Fall einer **Tuberkulinkur** als einer Form einer hyperpyretischen Therapie unterziehen und mit einer Dosis von 0,01 mg beginnen, da über symptomatische günstige Beeinflussung berichtet wird.

Diskussion: NOBL fragt, ob sich die objektiven Symptome bei dieser Behandlung ändern.

ULLMANN: Bei Misch- und tabischen Formen zeigt sich, daſs die Darmzustände und andere Beschwerden nicht zunehmen, sondern in einer ruhigen Pause verbleiben.

DEUTSCH beobachtete einen Patienten mit Lues, der eine Geistesstörung, wenn auch keine sichere Paralyse hatte; er wurde mit Tuberkulin behandelt. Danach keine Besserung der Geistesstörung, dagegen ein mächtiges Rezidiv der Lues im Gesicht, das ich als Folge der durch das Tuberkulin hervorgerufenen Fieberreaktion betrachte.

OPPENHEIM stellt vor:

1. das im September 1908 mit der mutmaſslichen Diagnose **Pityriasis lichenoides** gezeigte Mädchen; es wurde seither mit Unguentum Wilkinsonii, Schwefel-

bädern, Arsen erfolglos behandelt, die Affektion hat sich eher verschlechtert. Jetzt am Stamm und den Extremitäten zahlreiche flache, blafs gelblichrote, leicht schuppende, glänzende, an den Armen girlandenartig konfluierende und strichförmige, zum Teil leicht gerunzelte, atrophisierende Effloreszenzen. Schleimhaut frei.

Diskussion: Nobl möchte bei der immerhin beträchtlichen Differenz mit dem gewöhnlichen Bilde eher an eine Parapsoriasis denken.

Lipschütz teilt mit, dafs die Affektion schon während der ersten Behandlung im Wiedener Krankenhause als Pityriasis lichenoides imponierte.

Müller glaubt, dafs das Bild vielleicht in die Gruppe der von Rieke beschriebenen Parakeratosis variegata passe.

Oppenheim: Das bei der Patientin bestehende starke Jucken fehlt sowohl bei der Parapsoriasis als bei der Parakeratosis variegata. Es erinnert an die von Neisser beschriebene Dermatitis pruriens, welche aber ganz anders verläuft.

2. einen 45jährigen Mann mit einem **toxischen bullösen Erythem**; es setzte mit zahlreichen Blasen auf der Penishaut, um die Nägel und an der Mundschleimhaut ein, die an einen beginnenden Pemphigus vegetans denken liefsen. Doch kamen die Blasen dann in rascher Reihenfolge, um wieder rasch abzuheilen.

Balban demonstriert einen 35jährigen Mann mit **Lupus vulgaris nasi**, der in Form eines weichen, braunroten Infiltrates Nasenflügel und Septum einnimmt; das letztere ist von weichen Granulationsmassen eingenommen und zeigt eine beträchtliche Perforation.

Volk zeigt einen Patienten mit einer über den ganzen Körper ausgebreiteten **Psoriasis vulgaris nummularis**; zwischen den stark schuppenden Effloreszenzen flache, nicht schuppende, braunrote Knötchen und Maculae eines luetischen Exanthems, im Gesicht mit seborrhoischen Schuppen. Am Präputium eine gereinigte Sklerose.

Diskussion: Lipschütz: Verschieden von diesem Falle, wo Effloreszenzen von Psoriasis und Lues nebeneinander vorkommen, sind jene, wo denselben Effloreszenzen klinisch und histologisch die Charaktere beider Läsionen zukommen.

Grosz glaubt, dafs viele Psoriasiseffloreszenzen in situ sich in luetische umwandeln.

Volk: Bei vielen Stellen wird erst die antiluetische Behandlung die klinische Differentialdiagnose sichern, da durch sie die Lues heilt, die reine Psoriasis reflektiert.

Lipschütz stellt vor:

1. eine 63jährige Frau, die im Gesicht eine Reihe kleiner Hauttumoren zeigt, und zwar auf Stirn und Wange, seitlich den Nasolabialfurchen gegen 15 hanfkorn- bis fast erbsengrofse, von leicht rosagelblicher Farbe, in der Mitte mit einer punktförmigen Delle oder Porus; daneben einige Fibromata mollusca pendula. Brocq, der diese mit den Talgdrüsen in Zusammenhang stehenden Neubildungen des Gesichtes geordnet hat, glaubt, eine bestimmte Diagnose ohne histologische Untersuchung nie stellen zu können; diese liegt im vorgestellten Falle noch nicht vor und könnte erst bestimmen, ob es sich um ein **Adenom** oder eine Hypertrophie der **Talgdrüsen** oder gar einen **Naevus sebaceus**, Typus Pringle, handelt. Die Veränderungen bestehen angeblich schon seit 15—20 Jahren.

Diskussion: Reitmann glaubt, dafs der vorgestellte Fall dem von Hirschberg im *Archiv* beschriebenen Bilde der präsenilen Talgdrüsen entspricht, die bei alten Leuten oft, hier besonders gehäuft vorkommen; es handelt sich dabei um keine Adenombildung, sondern eine hypertrophische Anhäufung normaler Talgdrüsen. Das Adenoma sebaceum Pringle tritt symmetrisch und in früher Jugend auf. Wirkliche Adenome der Talgdrüsen sind selten und nicht solitär.

Nobl sah solche Formen einzeln oder gehäuft auch bei jungen Leuten, dann meist in gewissen Familien mehrfach vorkommend.

2. einen Mann, der vor 14 Jahren Lues akquirierte, jetzt am rechten äufseren Augenwinkel ein hellergrofses, ulceriertes, eitrig belegtes **Gumma**, auch am Stamm eine ulceröse Lues zeigt.

3. einen **Lichen ruber planus** am Stamm und den Extremitäten mit Beteiligung der Unterlippe.

Kren demonstriert:

1. einen achtjährigen Knaben mit einem flügelförmigen **Lupus erythematosus** des Gesichtes, der wie ein Ekzem aussah und die Diagnose erst gestattete, als die Atrophie auftrat; hinzu kam dann eine neue Eruption von linienförmig gruppierten Infiltraten am Rande und ähnlich einer Urticaria papulosa eine akute Aussaat von derben, hellblauroten Knötchen an der linken Halsseite, an Hand- und Fufsrücken sowie an der Beugeseite der Finger und Fufssohlen. Der Knabe hat eine tuberkulöse Apicitis.

2. einen 15 Jahre alten Knaben mit mehreren konfluierenden, auch ekzemähnlichen Herden von **Lupus erythematodes** auf beiden Wangen, die nach einer vor sechs Wochen vorgenommenen Drüsenexstirpation auftraten.

3. einen achtjährigen Knaben mit einem ausgebreiteten **Xeroderma pigmentosum**. Besonders auf dem Handrücken und im Gesicht zahlreiche, dicht angeordnete, ephelidenartige Pigmentationen und Teleangiektasien; am Halse und im Gesicht, besonders an den Konjunktiven, zerfallene, kleine Carcinome.

Diskussion: Scherber erinnert, dafs derselbe Knabe vor drei Jahren von Finger hier vorgestellt wurde; schon damals bestanden ulcerierte Carcinomknötchen im Gesicht. Interessant ist dabei, dafs in der Ascendenz bei der Mutter eine Art Forme fruste, blofs Erytheme und Epheliden, besteht.

4. ein Mädchen mit **Erythema induratum Bazin**, seit vier Monaten bestehende, rotbraune, schmerzhafte Knoten an den Waden; seit fünf Jahren Apicitis.

Königstein zeigt:

1. eine **idiopathische Hautatrophie** bei einer 52jährigen Frau, besonders an den unteren Extremitäten, mit starken, entzündlichen Veränderungen in der Malleolargegend, typisch ausgebildeter Atrophie an den Knien.

2. eine 40jährige Frau mit **idiopathischer Hautatrophie** und besonders starker Beteiligung der Arme und Hände.

3. einen sechsjährigen Knaben mit einem **Lichen scrophulosorum** am ganzen Stamm, aber auch am Kreuz, Hoden und an den Extremitäten. Seit 14 Tagen an den letzteren auch einzelne akneähnliche Effloreszenzen. Auf 0,1 mg AT starke Allgemein- und Herdreaktion.

4. eine **Epidermolysis bullosa hereditaria**, die seit Geburt bei dem achtjährigen Knaben besteht und im Winter stärker auftritt, besonders an den Stellen, die bei Bewegung stärker in Anspruch genommen werden, Knie, Fufsrücken, Malleolen, aber auch Ellenbogen und Kreuz. Die Blasen sind anfangs klar, später trübe, hier und da auch hämorrhagisch. Die hereditären Verhältnisse sind nicht näher bekannt.

Diskussion. Nobl hat diesen Fall ausführlich in der Ikonographie beschrieben, wo auch die am Rande der Blasen auftretenden Pseudomilien hervorgehoben sind.

Kren zeigt noch eine 42jährige Frau mit **Akne teleangiektodes**, vereinzelt an der Nase, sehr dicht aber über der Stirn ausgebreitet. Die Effloreszenzen erscheinen am Beginn oft als kleine, derbe, urticariaähnliche Knötchen, wie hier am Halse; in einigen Tagen werden sie mehr dunkel, braunrot und zeigen im Zentrum kleine, wie eitrig durchscheinende Punkte; die Effloreszenzen stehen oft auch in deutlicher Linienform. Die Akne teleangiektodes wird sicher oft verkannt und mit Rosacea oder einem kleinpapulösen Syphilid verwechselt. Was die Beziehung zur Tuberkulose bei diesem

Fall betrifft, so hat derselbe wahrscheinlich eine Spitzenaffektion; aber die lokale Reaktion auf Tuberkulin und die Überimpfung auf Meerschweinchen waren negativ; man kann die Affektion daher vielleicht als Tuberkulid, nicht aber als echte Tuberkulose auffassen. Die Fälle verlaufen meist prognostisch gut.

Diskussion: OPPENHEIM zeigte in der letzten Sitzung einen typischen Fall mit urticariellem Beginn; auch der damalige Patient hatte eine Spitzenaffektion und Hämoptoe. Die PIRQUETsche Reaktion an der Haut war negativ, an den Effloreszenzen selbst die Pirquetisierung aber erfolgreich. Das histologische Bild ist das Typische der Tuberkulose, so dafs man die Akne teleangiektodes mit JADASSOHN zur Tuberkulose rechnen und als **Lupus miliaris disseminatus** bezeichnen kann, während der bisherige Name unrichtig ist, da die Effloreszenzen keine Akneknötchen sind und die Teleangiektasien meist fehlen.

GROSZ weist darauf hin, dafs er bei einem Falle im histologischen Bilde keine Riesenzellen oder überhaupt das Bild eines Tuberkels fand; und solcher Befunde gibt es in der Literatur mehrere, so dafs gewifs nicht alle Fälle einheitlich aufgefafst werden können.

BRANDWEINER hat einen typischen Fall geschnitten und typische Tuberkel gefunden. Gegen die Auffassung als Lupus disseminatus spricht der von Lupus ganz verschiedene Verlauf ohne jede Ulceration oder Narbenbildung.

EHRMANN: Es gibt Tuberkulide mit Riesenzellen im histologischen Bilde, auch ohne typischen Tuberkelbefund, so dafs vielleicht auch bei diesen Fällen verschiedene mikroskopische Befunde vorkommen. Die Frage der Zugehörigkeit zum Lupus ist noch ungeklärt. Teleangiektasien können auch bei nekrotischen Tuberkuliden vorkommen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 7.

1. **Lepra der Knochen,** von M. HIRSCHBERG und R. BIEHLER-Riga. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Beiträge zur Kenntnis der Rektalblennorrhoe,** von R. EICHHORN-Charlottenburg. E. hat unter 235 Frauen mit Blennorrhoe der Urogenitalorgane 72mal, das ist in 30,6% der Fälle Rektalblennorrhoe gefunden; er fafst seine Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Rektalblennorrhoe wird, wenn man danach sucht, bei Frauen häufig gefunden und zwar ebenso bei Nicht-Prostituierten wie bei Puellae publicae.

2. Die sichere Diagnose ist nur auf Grund eines positiven Gonokokkenbefundes im Ausstrich oder in der Kultur zu stellen.

3. Subjektive Symptome fehlen meist ganz oder sind nur gering; als charakteristische objektive Symptome sind neben positivem Gonokokkenbefund nur eitrige Sekretion und Rötung und Schwellung der Rektalschleimhaut aufzufassen, die aber auch nicht immer vorhanden zu sein brauchen, während hypertrophische Analfalten und ähnliche Erscheinungen (Ulcerationen, Kondylome) an sich noch nicht als zuverlässiges Zeichen angesehen werden können.

4. Sehr zu empfehlen ist die Mitbenutzung des Kulturverfahrens; denn manchmal erzielt man durch die Kultur einen positiven Gonokokkennachweis, wo das Ausstrichpräparat versagt.

Die Affektion ist nach den Erfahrungen Es. sehr häufig recht hartnäckig, oft verschwanden die Gonokokken erst nach Monaten aus dem Rektalsekret. Da Nachuntersuchungen nicht gemacht werden konnten, ist es überdies fraglich, ob die Heilungen von Bestand waren. Zur Behandlung empfiehlt E. Spülungen mit 3%iger Albarginlösung und Applikation von Ichthyol- oder Protargolsuppositorien.

Götz-München.

Lepra.

Bibliotheca internationalis.

Band VIII, Heft 4.

XIII. **Nachtrag zu gelungenen Übertragungsversuchen mit Lepra bei Säugetieren,** von Sugai-Osaka. S. hält die japanische Tanzmaus für das geeignetste Objekt zu Übertragungsversuchen der Lepra; er veröffentlicht weitere Versuche mit seinen Impfungen an diesen Tieren, bei denen er viele der Lepra eigentümliche Veränderungen der Leber, Mesenterialdrüsen und Bronchialdrüsen feststellen konnte. Diese Veränderungen waren um so charakteristischer, je länger die Zeitdauer von der Impfung bis zur Untersuchung war. Immerhin zeigen die Untersuchungen, daſs — wie alle Tiere — so auch die japanische Tanzmaus gegen das Lepravirus eine sehr schwache Empfänglichkeit zeigt.

XIV. **Ein trügerischer Leprafall,** von Charles J. White-Harvard und Oscar Richardson - Boston. Der Fall wurde bereits im *Journal of the American Medical Association,* 1909, S. 18—23, s. *Monatshefte* Bd. 48, S. 437. *Schourp-Danzig.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 9. Juni 1909.

Wie wirken Arsen und Schwefel auf die Haut? von Ernst Diesing-Berlin. Das Arsen härtet die roten Blutkörperchen und schränkt dadurch die physiologische Hämolyse, d. h. die Abgabe von Blutfarbstoff und Plasma an die inneren Körpergewebe ein. Die relative Unterernährung der inneren Organe kommt der äuſseren Bedeckung zugute, denn in der Haut vollzieht sich der Plasmaansatz zum Teil ohne Mitwirkung des sekundären Blutfarbstoffs auf der Grundlage der primären Hautfarbstoffe. Der Schwefel hat einmal eine antiparasitäre und sodann eine Einwirkung auf den Stoffwechsel. Von der letzteren hängt die Heilwirkung des Schwefels auf eine groſse Zahl von Hautkrankheiten ab, denn auf der Zufuhr von Blutschwefel zu den chromogenen Zellen des Rete Malpighii hängt die Bildung der schwefelhaltigen Melanine und das Wachstum der Epidermis und ihrer sekundären Gebilde, der Haare und Nägel, ab.

W. Lehmann-Stettin.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1908.

Drei Fälle von Ichthyosis follicularis, verbunden mit Kahlheit, von J. M. H. Macleod. Die drei Fälle betrafen einen 19, einen 13 und einen 10jährigen Knaben und zeigten auffallende Ähnlichkeit, indem bei allen dreien die Augenbrauen und -Lider fehlten, der Kopf mehr weniger völlig kahl, Trachom und Conjunktivitis vorhanden waren. Die Haut war in gleichartiger Weise, wenn auch in verschiedener Intensität, befallen: das Haarsystem war der hauptsächlich affizierte Teil, die Haare an manchen Stellen von stecknadelkopfgroſsen Papeln ersetzt und letztere mit hornigen

Spitzen versehen, von der Farbe normaler Haut und nicht von irgend einem entzündlichen Herd umgeben. Es war fast die ganze Hautoberfläche mit Ausnahme von Fufssohlen und Handtellern, in besonders hohem Mafse aber die Streckseite der Oberarme, Nacken und Rücken befallen. Die Haut war trocken und rauh infolge feiner Schuppenbildung. Irgend welche subjektiven Symptome waren nicht vorhanden, die drei Knaben schienen zwar etwas zart zu sein, aber ihr Allgemeinbefinden war ein gutes. Keine Anzeichen von Tuberkulose oder Syphilis, noch bei den Eltern irgend eine Erscheinung von Ichthyosis oder anderen chronischen Hautkrankheiten. Bei der Geburt schien die Haut gesund zu sein und die Affektion entwickelte sich innerhalb der ersten zwei Jahre und zwar in allen drei Fällen zuerst im Gesicht. Die beschriebene Hautaffektion zeigte auffallende Ähnlichkeit mit der Keratosis follicularis Brocqs, nur waren in den Fällen des letzteren Röte und Entzündung vorhanden, die behaarte Kopfhaut nicht in dem Mafse befallen wie in den vorliegenden drei Fällen und gelegentlich Narbenbildung eingetreten, was hier in keinem der Fälle vorkam. Differentialdiagnostisch kämen noch in Betracht Lichen pilaris und spinulosus Devergie und Pityriasis rubra pilaris. Aus den histopathologischen Untersuchungen schliefst M., dafs die erste Veränderung in der Epidermis liegt und hauptsächlich aus einem Prozesse der Hyperkeratosis, der nicht nur die Follikel, sondern auch die dazwischenliegende Haut befällt, besteht. Als wichtigsten Punkt sieht M. aber an, dafs die Untersuchungen wenigstens für diese Fälle den nichtentzündlichen Charakter der Affektion dargetan haben.

Juli 1909.

Die therapeutische Anwendung des Radiums, von Louis Wickham (aus dem Radiuminstitut in Paris). Der unermüdliche Radiumtherapeut bespricht hier gelegentlich eines Vortrages vor der dermatologischen Sektion der Royal Society of Medecine in London eine Anzahl Projektionen, welche die zerstörende Wirkung des Radiums und dessen selektive Wirkung auf die tieferen Gewebsschichten beweisen sollten und führt eine Reihe von Hautkrankheiten, wie Ichthyosis, Naevus pigmentosus und vascularis, Angioma (tuberosum), Keloid, Ulcus rodens usw. an, bei denen sich diese Wirkung des Radiums in besonderem Mafse heilkräftig erwiesen hat. Eine ganz spezielle Betrachtung widmet er der Behandlung des Brustkrebses mit Radiumstrahlen, welche die Eigenschaften haben, schmerzlos, langsam und sicher die krankhaften Gewebe zu zerstören; und dafs die Patienten bei dieser Kur ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen können. Das Radium vermag ferner einen primär inoperablen Krebs operabel zu machen, hat auf manche Rückfälle, die nach Operation vorkamen, günstig eingewirkt, ebenso zuweilen auf die nächstliegenden infizierten Drüsen und hat in verzweifelten Fällen manches Mal die Schmerzen gelindert, Blutungen und Sekretion vermindert und das Leben dadurch verlängert; schliefslich kann das Radium auch nach Operationen als prophylaktisches Mittel gegen Rezidive in Anwendung kommen. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 6.

Das Heft enthält:

1. Einen **Nachruf auf E. Besnier**, von Thibierge.

2. **Ein neues Verfahren zur Entfernung der Tätowierungen**, von W. Dubreuilh. Die Tätowierungen werden fast immer mit Kohlenpulver, seltener mit Zinnober hergestellt. Ihre Entfernung bereitet viele Schwierigkeiten. Die bisher geübten Methoden werden kritisch besprochen, ihre Mängel erörtert. Das von D. an zwei Fällen ausprobierte neue Verfahren besteht darin, dafs man mit einem besonders scharfen Messer

die obersten Schichten der Haut, in denen die färbenden Pulverteilchen liegen, abschält, genau so, wie man verfährt, wenn man Thierschsche Hautstückchen zum Überpflanzen gewinnen will. Handelt es sich um Hautteile, die, wie z. B. die Haut des Gesichts, reich an Talgdrüsen und Haarfollikeln sind, so kann man nach Abtragung der obersten Cutisschichten sofort trocken mit Gaze verbinden; es erfolgt dann nach einigen Tagen glatte, narbenlose Heilung, indem hier von den zahlreich vorhandenen drüsigen Organen der Haut eine Neubildung der Epidermis ausgeht. Verfasser teilt einen solchen Fall mit, bei dem er die Tätowierung fast des ganzen Gesichts auf diese Weise erfolgreich beseitigt hat. Andere Hautstellen, die nur spärlicher mit drüsigen Elementen versehen sind, tut man besser, nach der Abschälung — „Décortication" nennt D. sein Verfahren — mit Thierschschen Hautläppchen zu bepflanzen.

3. **Einen Fall von Milium colloidale**, von R. J. Pouget. Ein 44jähriger Arbeiter, der jahrelang seine Hände allen Unbilden der Witterung aussetzen mufste, bekam ohne äufseren Anlafs, ohne Schmerz und Jucken auf beiden Handrücken vesikelartige Gebilde, die gelb und durchsichtig aussahen, etwa wie gekochte Tapiokakörner. Sie standen dicht nebeneinander, ohne eigentlich zusammenzufliefsen, und fühlten sich weich an. Mit der Lupe gewahrt man an der Spitze dieser Pseudovesikeln ein feines Gefäfsnetz, Haare finden sich nur in den Zwischenräumen zwischen diesen Gebilden. Beim Anstechen der Vesikel entleert sich auf Druck eine bernsteingelbe, zähe, gelatinöse Masse. — Diese Dermatose, die vor sieben bis acht Jahren einsetzte und nach etwa zweijährigem Bestande ihren Höhepunkt erreichte, ist jetzt langsam in der Rückbildung begriffen; sehr viele Vesikeln sind bereits verschwunden und haben narbig atrophische Flecke zurückgelassen. — Histologisch stellen sich die Vesikeln dar als kleine dermatische Cysten, die mit einer kolloiden Masse gefüllt sind. Diese kolloide, homogene Masse besteht aus ungleichmäfsigen Klumpen, die degenerierte Lymphocyten enthalten.

4. **Textilfasern in der Cutis**, von R. Brandeis. Ein Arbeiter war bei einer Dynamitexplosion zu Schaden gekommen und unter anderem auch am rechten Unterschenkel verwundet worden. Diese Wunde heilte zwar bald, brach aber nach einem neuen Trauma wieder auf und wollte sich nun nicht schliefsen. Ein langer Fistelgang in der Haut wurde schliefslich ausgekratzt, wobei eigenartig gefärbte Gewebsfetzen zum Vorschein kamen. In diesen Gewebsfetzen fanden sich zahlreiche Riesenzellen, und diese enthielten fast alle einen Fremdkörper von fadenförmiger Gestalt, der sich nach seinen chemischen Reaktionen als Cellulose erwies. Da sich aus dem Fistelgang, wohl infolge der Auskratzung, verschiedene Fetzen künstlichen Gewebes entleerten, so war über die Natur jener eigenartigen Fremdkörper innerhalb der Riesenzellen kein Zweifel mehr; es handelte sich um kleine Stückchen Werg, die durch die Explosion in die Haut hineingeraten waren. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1909. Heft 2.

Schlufs der Verhandlungen der zehnten Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis. Aus der grofsen Reihe von Vorträgen und vorgestellten Fällen sind zu erwähnen:

Signolo-Lutati: **Über hysterische Dermatosen und einen Fall von Purpura annularis teleangiectodes Majocchi.**

Mariani: **Über Sarcoma idiopathicum Kaposi.**

G. Mazza: **Über Lymphangitis blennorrhoica ulcerosa.**

Mibelli: **Entwicklung von Hautgummata an Calomelinjektionsstellen.**

Breda: **Multiple benigne Hautsarkoide unter dem Bilde eines Adenoma sebaceum.**

Truffi: **Über Botryomykosis des Menschen.**

Piccardi: **Psoriasis vulgaris der Vola manus.**

Stancanelli: **Ein Fall von Pemphigus hystericus mit universeller Hyperchromie und trophoneurotischen Ulcerationen.**

Sabella: **Experimentelle Untersuchungen über Molluscum contagiosum.**

Melle: **Primäres Auftreten von Lepra unter dem Bilde einer lupusähnlichen Syphilis tardiva der Nase und Oberlippe.**

Montesano: **Ein Fall von Pseudo-area Brocq.**

Ercoli: **Eitrige Epididymitis durch Bacterium coli, ein Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen.**

Dalla Favera: **Beitrag zur Histologie des Lichen planus der Schleimhaut.**

Mibelli: **Favus am eigenen Körper.**

Philippson: **Ein Fall von tertiärer Syphilis der Nase.**

1909. Heft 3.

Zwei Jahre der dermato-syphilitischen Klinik von Pavia (Dir. Mantegazza), von Ciuffo. Statistischer Bericht vom Juli 1906/8.

Über die Wirkung des Atoxyls bei Syphilis, von Nencioni. Verfasser kommt auf Grund von Beobachtungen an 14 mit Atoxyl behandelten Syphilisfällen verschiedener Stadien zu dem Resultat, dafs er dem Atoxyl keine spezifische Wirkung auf Syphilis zuschreiben kann, dasselbe dem Hg und Jodkalium an Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, sowie Tolerabilität unterlegen ist und er nur davon abraten kann, eine Syphilisbehandlung mit Atoxyl zu beginnen. Unter den 14 Fällen wurden zweimal toxische Nebenwirkungen beobachtet, einmal starke Diarrhoen mit Albuminurie und einmal schwere Störungen von Seiten des Herzens und Respirationsapparates.

Über das sogenannte „Adenoma sebaceum" (Pringle), den Naevus fibromatosus angiectaticus symmetricus des Gesichts, von Pasini. Seitdem von Pringle im Jahre 1889 zuerst das Adenoma sebaceum beschrieben wurde, sind bis heute 45 Fälle veröffentlicht; diesen, die aufgezählt werden, fügt P. noch einen hinzu (Photographie und histologische Abbildungen). Klinisch zeigt sich die Affektion in Knötchen von rötlich-gelber bis dunkelroter Farbe, die mit normaler Haut bedeckt, ungestielt, indolent und von elastischer Konsistenz sind; sie entwickeln sich in früher Kindheit, liegen symmetrisch an beiden Seiten des Gesichts und bleiben unverändert; die Kranken zeigen meistens noch naevusartige Gebilde an andern Stellen der Haut und sind mit angeborenen psychischen Störungen behaftet. Histologisch findet sich in den Knötchen eine Hyperplasie des Bindegewebes, mit Gefäfserweiterungen und Verminderung des elastischen Gewebes. Das Verhalten der Hautanhangsgebilde ist verschieden beschrieben: Die Haarfollikel fehlen oder wenn vorhanden, sind sie atrophisch, die Talgdrüsen waren manchmal normal, manchmal vermehrt und hypertrophisch, die Schweifsdrüsen fehlten oder wenn vorhanden, auch hypertrophisch. Aufserdem finden sich nicht selten im hyperplastischen Bindegewebe Gruppen von Naevuszellen. Auf Grund dieser klinischen und histologischen Eigenschaften fafst Verfasser die Affektion auf als Naevus fibromatosus angiectaticus symmetricus faciei oder schlägt als Namen vor, nach dem Autor, der sie zuerst beschrieben hat, Morbus Pringle. *Haas-Hamburg.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVII. Juni 1909.

I. **Ein Fall von universellem Sklerom mit Sklerodaktylia mutilans,** von Meschtscherski. Der Fall ist am 18./31. Januar 1908 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellt worden. (Cf. *diese Monatsh.* 1908. Bd. 46, S. 249.)

II. **Ein Fall von Atrophia maculosa cutis,** von Lewtschenkow. Der Fall wurde am 1./14. März 1909 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft demonstriert. (Cf. *diese Monatsh.* 1909. Bd. 48, S. 364.)

III. **Ein Fall von Selbstmordversuch, veranlaſst durch Infektion mit Syphilis,** von Moskalew-Rostow a. D. Beschreibung eines Falles von Selbstmordversuch durch Schuſsverletzung mit glücklichem Ausgang. Der betreffende 42jährige Armenier war an und für sich nervös und hielt die Syphilis für eine unheilbare Krankheit.

IV. **Die Behandlung der Bubonen, infolge von weichen Schankern, nach Bier,** von Tschumakow. Auf Grund eigener Erfahrungen hält Verfasser die Biersche Stauung bei Bubonen für eine wertvolle Behandlungsmethode, weil die Behandlungsdauer bedeutend abgekürzt wird (14,5 Tage, anstatt 40,3 Tage bei Rezidiven), ferner das Drüsengewebe bei derselben erhalten bleibt und die Behandlung einerseits schmerzlos ist und andererseits kosmetische Vorzüge bietet.

V. **Zur Frage der Ursachen einer langen Inkubationsdauer beim Tripper,** von Eudokimow. Beschreibung eines Falles von 24tägiger Inkubationsdauer, veranlaſst durch Ausbruch eines Abdominaltyphus am Tage nach der die Tripperinfektion hervorrufenden Kohabitation. *Arthur Jordan-Moskau.*

Folia urologica,

Band IV, Heft 1. Juni 1909.

1. **Über ein neues Cystoskopsystem.** Nach einem Vortrag, gehalten auf dem II. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für Urologie am 19. April 1909 zu Berlin, von Otto Ringleb. R. gibt neue optische Systeme mit bedeutender Steigerung der Lichtstärke, besonders für Operations- und Photographiercystoskope an und erläutert deren Vorteile gegenüber den bisher gebräuchlichen Instrumenten. Zu gleicher Zeit geben die neuen Cystoskope aufrechte und seitenrichtige Bilder.

2. **Die neuere Entwicklung des Katheters,** von H. T. Herring-London. Der Katheter entleert die Blase nicht durch Herstellung eines Röhrenabflusses, sondern weil er beim Durchgang durch den prostatischen Teil der Harnröhre den normalen Widerstand aufhebt, so daſs der auf der Blase stets ruhende Druck die Austreibung des Urins besorgen kann. Die Harnretention ist nach Verfasser nicht dem Verlust der Blase an Kontraktionskraft zuzuschreiben, sondern einem vermehrten Widerstand, wie z. B. bei Vermehrung des Prostatagewebes. Er empfiehlt darum, namentlich bei der prostatischen Verhaltung, statt des Gebrauchs der gewöhnlichen Katheter verkürzte Instrumente, die gerade lang genug sind, um die Wände des prostatischen Harnröhrenteils (in dem der Widerstand liegt) voneinander zu trennen. Er hält diese Instrumente für billiger, leichter zu transportieren und sterilisieren; sie stellen die normale Durchspülung der Harnröhre wieder her und verhindern eine Infektion.

3. **Über die Analogie, die zwischen heterotopischen Schmerzen bei chronischer Prostatitis und den Schmerzpunkten bei gewissen Formen der chronischen Metritis besteht,** von Egisto Magni-Bologna und Piero de Favento-Triest.

4. **Beiträge zur Kasuistik der Myome der Harnwege,** von Rudolf Paschkis-Wien. Krankengeschichte in Ergänzung einer vom gleichen Verfasser im 2. Bande *dieser Zeitschrift* erschienenen Arbeit.

5. **Prostatastein im Gewicht von 320 Gramm,** von Carlo Ravasini-Triest. Kasuistik.

6. **Experimentelle Beiträge zur Ureterchirurgie,** von Esau-Oschersleben. Experimente an Hunden über den besten Weg der Vereinigung der Ureteren nach Resektion. *W. Lehmann-Stettin.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 1.

I. **Die Prostitutionsfrage in New York,** von Frederic Bierhoff-New York. New York hat weder eine polizeiliche noch eine sanitäre Prostitutionskontrolle. Es besteht auch keinerlei obligatorische Meldepflicht für die Einwohner oder ein Verzeichnis von Wohnungsveränderungen. Dabei ist der fortwährende Zustrom der fremden Prostituierten ungeheuer groß. (Fortsetzung folgt.)

II. **Vorschläge zur Umgestaltung der Krankenhaushaft von Prostituierten,** von W. Hammer-Berlin. H. schlägt die Unentgeltlichkeit der Krankenhaushaft und die Einführung eines Arbeitszwanges für alle erwachsenen, d. h. über 21 Jahre alten, arbeitsfähigen weiblichen Krankenhaushäftlinge vor. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VII, Heft 2 und 3.

Geschlechtskrankheiten und das Sehorgan, von Hirschberg-Berlin. Leichtverständlicher Vortrag für Laien. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Heft 10 und 11.

1. **Vorlesungen,** von Albarran. In Fortsetzung des in der Eröffnungsvorlesung (cf. Heft 7 der „*Ann. génito-urin.*") begonnenen Berichtes über die Arbeiten, die in den letzten zwei Jahren aus dem Hospital Necker hervorgegangen sind, bespricht A. die wichtigsten Publikationen, die den Ureter, die Blase und die Prostata zum Gegenstand haben. Es sind das eine These von Gérard über **die Form des Ureters beim Fötus und beim Neugeborenen;** eine Arbeit von Pappa über **die Steine des Ureters;** eine Studie von Ertzbischof und Albarran über **die Radiographie der Ureteren und der Nierenbecken;** ein Bericht von Albarran über einen **intra vitam diagnostizierten Fall von Lagerung beider Nieren auf einer Seite;** dann eine Arbeit von Nogués über die **Wahl der Sonden;** zwei Artikel von Pasteau über **die Wahl der Cystoskope** und über **die Cystoskopie bei Cystitiden;** ein Artikel von Papin und Gernez über den **quer verlaufenden Blasenschnitt;** eine kurze Mitteilung von Pasteau über ein **Instrument zum Auseinanderhalten der Blasenwände bei der Operation von Blasenscheidenfisteln;** zwei Arbeiten von Courtade über **die Behandlung der Blasenneuralgien** und über **Inkontinentia urinae bei Kindern;** eine Publikation von Nogués über **Inkontinenz hysterischer Natur;** ein von Nogués und Albarran am internationalen Urologenkongreß erstatteter Bericht über **vesikale Retentionen, die nicht durch ein mechanisches Hindernis bedingt und nicht von Affektionen des Nervensystems abhängig sind;** eine Arbeit von Courtade über **Jonisierung bei Cystitiden,** und eine Publikation von Albarran über **Leukoplakie der Blase;** endlich Berichte von Nogués, Pasteau und Albarran

über die **Behandlung der Prostataabscesse**; eine Arbeit von PETTIT über **Prostatasteine**; eine These von PORRO über die **Prostatektomie bei Prostatahypertrophie**; eine Arbeit von MOTZ und MAJEWSKI über das **Prostatacarcinom**, und schliefslich eine Arbeit von PAPIN über **Prostatektomie und sexuelle Funktionen.**

2. **Eine neue Methode der Hydrocelenbehandlung mit Magnesiumdraht,** von VINCENZO MARCOZZI-Neapel. Aus dem Italienischen übersetzt von EMILE LEGRAIN. (Heft 10.) Die Unversehrtheit der Tunica vaginalis ist, wie M. und andere Autoren gezeigt haben, für die Funktion des Hodens von grofser Bedeutung; daher ist die Beseitigung der Hydrocele durch Exstirpation des parietalen Blattes der Vaginalis nicht zu empfehlen, weil dadurch der Hoden geschädigt wird. Die übrigen Methoden der Hydrocelenbehandlung schützen nicht vor Rezidiven; das gilt namentlich von der Punktion mit nachfolgender Injektion entzündungserregender Präparate, die, in unschädlicher Konzentration angewandt, nicht stark und, da sie rasch resorbiert werden, nicht lange genug wirken, um, von ganz leichten frischen Fällen abgesehen, definitive Heilung herbeiführen zu können. M. empfiehlt nun, an Stelle dieser Mittel der Vaginalishöhle kleine Stücke Magnesium einzuverleiben, das sehr langsam resorbiert wird und eine kräftige Reaktion seitens der Gewebe auslöst; er hat das Verfahren, von dessen Unschädlichkeit und Brauchbarkeit er sich durch Versuche an Hunden überzeugte, bis jetzt in zehn Fällen von Hydrocele angewandt. Die Technik ist sehr einfach: nach Punktion der Hydrocele wird die Vaginalishöhle zwei- bis dreimal mit warmem, sterilisiertem Wasser ausgespült; bei der letzten Spülung läfst man eine kleine Menge Wasser zurück und schiebt durch die Troikartkanüle mittels einer feinen Sonde kleine, 2—3 mm lange Stücke des käuflichen, $1^1/_2$ mm dicken, vorher mit Äther gereinigten und durch Kochen sterilisierten Magnesiumdrahtes in die Höhle hinein; nach dem Durchtritt eines jeden Stückchens mufs die Spitze der Kanüle verschoben werden, damit sich das Magnesium über die ganze Oberfläche der serösen Höhle verteilt. Für einen Fall verwendet man 3—4 g = 3—4 cm Draht. Wenn diese Menge in die Höhle verbracht ist, wird das zurückgelassene Wasser sorgfältig entfernt, die Kanüle zurückgezogen, die Stichwunde mit einem Pflaster oder besser noch mit einem Metallstück bedeckt und ein gut mit Watte gepolstertes Suspensorium angelegt; der Kranke kann dann sofort wieder seinem Berufe nachgehen. Die Erfolge, die M. mit dem Verfahren in seinen zehn Fällen erzielte, waren sehr gute; es traten niemals Schmerzen, Schwellungen oder irgendwelche unangenehme Folgeerscheinungen auf, in allen Fällen wurde vollständige Heilung erzielt, die in drei Fällen schon seit einem Jahre Bestand hat.

3. **Ein weiterer Fall von intra vitam diagnostizierter überzähliger Niere,** von CALABRESE-Bologna.

4. **Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels des Irrigationsurethroskops,** von HANS GOLDSCHMIDT-Berlin. (Heft 11.) G. beschreibt die Bilder, die sein Irrigationsurethroskop bei Prostatahypertrophie ergibt, und weist darauf hin, dafs mit Hilfe dieses Instrumentes, wenn die Lampe an der Seite des Fensters angebracht ist, die elektrolytische und galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie sehr einfach, gefahrlos und erfolgreich durchzuführen ist. Zur Elektrolyse läfst er einen Strom von fünf bis zehn Milliampere fünf Minuten lang einwirken, während dieser Zeit wird die Nadel an drei oder vier verschiedenen Stellen der Prostata eingestochen. Schon die erste Sitzung bewirkt eine wesentliche Verminderung des Blutgehaltes der Schleimhaut, Katheterisierungen und Harnentleerungen werden sofort leichter; nach einigen weiteren Sitzungen kann man zu energischeren Prozeduren, zur Galvano- oder Thermokauterisierung übergehen. Bei Prostatikern mit vollständiger oder fast vollständiger Retention findet sich abgesehen von den hyper-

trophischen Seitenlappen fast stets eine Rigidität des Orificium vesicale der Harnröhre, die entweder durch einen hypertrophischen mittleren Prostatalappen oder nur durch eine kleine, die Funktion des Sphinkters behindernde Infiltration bedingt ist; in solchen Fällen empfiehlt es sich, nach dem alten Vorschlag Merciers die untere Lippe des Orificiums zu durchtrennen. Auch dieser Eingriff kann mit Hilfe des Irrigationsurethroskops vorgenommen werden.

Das Verfahren, das speziell im ersten und zweiten Stadium der Prostatahypertrophie angezeigt ist, wurde von G. bis jetzt in 14 Fällen mit sehr gutem Erfolge angewandt; es hat vor der Bottini-Freudenbergschen Operation den grofsen Vorzug, dafs der Eingriff unter Kontrolle des Auges erfolgt.

5. **Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse,** von Paul Charles Petit-Paris. (Heft 11.) Nach Mitteilung einiger Fälle von Harnröhrenstriktur, bei denen P. durch elektrolytische Behandlung Heilung erzielt hat, bespricht P. das Wesen der Wirkung der Elektrolyse, die bei Strikturen nicht nur zu einer Erweiterung, sondern zu völligem Verschwinden, zur Resorption des verengten Gewebes führt. Soll das Verfahren ungefährlich und erfolgreich sein, dann müssen bestimmte Regeln beobachtet werden: der Strom ist um so schwächer zu nehmen, je länger man ihn einwirken läfst und je kleiner die Oberfläche des in die strikturierte Partie eindringenden Instrumentes ist; zur linearen Elektrolyse, zu der man eine ganz dünne Klinge verwendet, bedarf es eines Stromes von etwa zehn Milliampere.

Die lineäre Elektrolyse ist indiziert in allen Fällen, in welchen sehr rasch ein Weg für die Harnentleerung geschaffen werden mufs, besonders auch, wenn die Blasenschleimhaut infiziert ist. Sie stellt gleich der Urethrotomia interna eine Palliativoperation dar; sie ist ein unblutiges, fast schmerzloses, ungefährliches Verfahren, das weder Bettruhe, noch die Einlegung eines Verweilkatheters noch eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit erfordert. Auf die lineäre Elektrolyse folgt als Radikaloperation die zirkuläre Elektrolyse, die, wenn sie häufig genug vorgenommen wird, die Striktur dauernd und vollständig beseitigt. Die Urethrotomia interna führt P. nur bei ganz engen Strikturen aus, bei denen das elektrolytische Instrument nicht eingeführt werden kann; auch in solchen Fällen wird sekundär die zirkuläre Elektrolyse vorgenommen.

Heft 12/13.

1. **Über die Wirksamkeit einer prolongierten Behandlung gegen die Rezidive der Harnröhrenstrikturen,** von Genouville. G. weist eindringlich darauf hin, dafs die Behandlung einer Harnröhrenstriktur auch mit einer vollständig gelungenen Dilatationskur niemals abgeschlossen ist, dafs vielmehr in gewissen Zwischenräumen immer wieder Bougierungen vorgenommen werden müssen, damit die erzielte Erweiterung auch erhalten bleibt; denn „wenn die Patienten nicht zum Arzte zurückkommen, kommt die Striktur zum Patienten zurück“. Wie oft Nachuntersuchungen und Nachbehandlungen stattfinden müssen, ist in den verschiedenen Fällen verschieden. Im allgemeinen kann man sagen, dafs die Kontrolle um so häufiger notwendig ist, je schwieriger die erste Dilatation einer Striktur war, weil hier die Neigung zum Rezidivieren am gröfsten ist. — Die Einführung von Bougies durch den Patienten selbst widerrät G. unter allen Umständen; sie führt nie zu gutem Ende.

Die grofsen Unterschiede in der Dauer der Erfolge, die bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen erzielt werden, hängen hauptsächlich von der histologischen Struktur der verengten Partie, von der mehr oder weniger hochgradigen Sklerosierung des Gewebes, in viel geringerem Grade von der angewandten Behandlungsmethode (Dilatation, Urethrotomia interna, Elektrolyse) ab. Die Erweiterung sehr harter Strikturen gelingt mit allen Methoden nur sehr schwer und oft nur unvollkommen

und nur für kurze Zeit, während weite, weiche Strikturen auf jede Weise leicht und dauernd zu beseitigen sind.

„Die Dilatation ist die einzige wirkliche Behandlung der Harnröhrenstrikturen", Urethrotomia interna und Elektrolyse sind nur vorbereitende Eingriffe, die dazu dienen, die Dilatation möglich zu machen. Die Dauerresultate sind am günstigsten in den Fällen, in denen die Behandlung von Anfang bis zu Ende ausschliefslich in Form einer Dilatationskur durchgeführt werden kann. Das erweist sich aber in zahlreichen Fällen als unmöglich; man mufs dann die Behandlung mit der Urethrotomia interna oder der Elektrolyse beginnen und daran eine Dilatationskur anschliefsen.

Die Urethrotomia interna ist indiziert bei Patienten, bei denen die Struktur durch eine schwere Infektion der Harnwege kompliziert ist und deshalb jede Bougierung Schüttelfrost und Steigerung des Fiebers und der übrigen Infektionserscheinungen verursacht; ferner bei kallösen Strikturen, bei denen die Dilatation zu viel Zeit in Anspruch nimmt, dann wenn Stränge oder klappenartige Bildungen vorhanden sind, und in Fällen, in denen anfänglich nach jeder Bougierung Retention auftritt und auch durch Einführung eines Verweilkatheters keine oder keine vollständige Entleerung der Blase erzielt wird. Bei Patienten mit Infektion der Harnorgane wird die Operation am besten mit dem einfachen, einschneidigen Maissonneuveschen Urethrotom ausgeführt, bei harten Strikturen kann man sich mit Vorteil eines Urethrotoms mit mehreren Klingen bedienen; unter diesen verdienen die retrograd schneidenden Instrumente von Albarran und Desnos den Vorzug.

Von den elektrolytischen Prozeduren empfiehlt G. die zirkuläre Elektrolyse gleich der Urethrotomie zur Behandlung sehr harter Strikturen. Die lineäre Elektrolyse ergibt ebenso wie die Urethrotomie sehr gute Resultate bei geschlängelten Strikturen, bei Klappenbildungen, in Fällen, in denen die Bougierungen anfänglich Retention verursachen, und bei Strikturen mit chronischer, inkompletter Retention und Dilatation der Blase. Hauptsächlich aber mag die lineäre Elektrolyse, die in wenigen, alle 8—14 Tage wiederholten Sitzungen durchgeführt werden kann, Anwendung finden bei den ungemein zahlreichen Patienten, die nicht so oft zum Arzt gehen und nicht so viel Zeit opfern können, wie zur Behandlung einer Striktur ausschliefslich mit Dilatationen nötig ist. Zur lineären Elektrolyse bedient G. sich eines nach seinen eigenen Angaben von H. Collin angefertigten retrograd arbeitenden Instrumentes.

Welche Erfolge sich in verschieden gelagerten Fällen erzielen lassen, zeigt G. an einer Reihe von Krankengeschichten, die er am Schlusse seiner Arbeit mitteilt.

2. **Die Palpation des Ureters im Beckeneingang,** von Domenico Taddei-Florenz.

3. **Nierencarcinom, Exstirpation, Heilung,** von Pillet-Rouen.

Götz-München.

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 6. Juni 1909.

1. **Die Allgemeinbehandlung der Syphilis,** von E. Gaucher. Über Wirkung, Anwendungsweise und Indikationen der Verwendung von Hg, JK und Sulfur. G. gibt noch immer Quecksilber mit Vorliebe in Pillenform und wendet sich gegen die Injektionen unlöslicher Salze, mit ganz besonderer Schärfe gegen das graue Öl, dem er durchaus keine gröfsere Wirksamkeit wie Sublimat- oder Hg benzoat-Pillen zugesteht, wohl aber eine aufserordentliche Gefährlichkeit zuschreibt. So soll es imstande sein, eine ganz besondere Form der Gangrän des Mundes und Pharynx mit Nekrose des Kiefers und Ausgang in Tod herbeizuführen. Er selbst hat acht Todesfälle gesehen

und zitiert LASSERRE, der 26 gesammelt hat! „Die Anwendung des grauen Öls ist unlogisch und antiwissenschaftlich.“ Auch Schmierkuren verordnet G. nur, wenn die Pillen nicht recht vertragen werden. Im übrigen steht aber G. auf dem Boden der intermittierenden Behandlung und verordnet während der ersten beiden Jahre jeden zweiten, im dritten Jahre jeden dritten Monat eine Kur, an die sich im vierten Jahre noch zwei Kuren anschliefsen. Doch beweist er an der Hand von Beispielen, dafs das *Hg*, so vorzüglich es wirkt als Heilmittel, nie als Präventivmittel betrachtet werden kann. Ebensowenig ist es das Jodkalium, das in bestimmten Fällen ausgezeichnet wirkt, aber keine wirklich spezifische Wirkung hat. G. faſst sein Urteil über JK in die Worte: „C'est l'agent résolutif par excellence.“ Den Schwefel betrachtet G. in erster Linie als einen nützlichen Faktor zur Elimination des Hg.

2. **Zosterartige Syphilide**, von DRUELLE und JOLTRAIN. Die „Syphilides zoniformes“ stellen spezifische Läsionen dar, die aber im Gebiet bestimmter Nerven, vorzugsweise der Intercostalnerven, lokalisiert sind und ganz einer Herpes zoster-Affektion gleichen, wenngleich sie nie mit einer Bläscheneruption, sondern stets mit Papeln beginnen. Immerhin kann eine solche Affektion, zumal wenn sie nicht im ersten Entwicklungsbeginn zur Beobachtung gelangt, zu Verwechslungen Anlafs geben, wenn bei dem betreffenden Individuum von Syphilis nichts bekannt ist. Bericht über zwei einschlägige Fälle, bei denen sich übrigens auch die Serodiagnostik als von Nutzen erwies.

3. **Drei Fälle von Syphilis**, von JOHANNIDÈS-Kairo. Kasuistik.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Hauterscheinungen der Pellagra, von Prof. Dr. LUDWIG MERK. Mit 7 Abbildungen im Text und 21 Tafeln. Aus den Erträgnissen des Legates WEDL, subventioniert von der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien. (Verlag der Wagnerschen Universitätsbuchhandlung in Innsbruck. 1909.)

Wer an der Meraner Ärzte- und Naturforscherversammlung 1905 teilgenommen hat, wird mit besonderer Freude an die von MERK so überaus anregend und inhaltreich gestaltete dermatologische Ausstellung und an die Verhandlungen der Sektion zurückdenken. — Prachtvolle Moulagen und Abbildungen veranschaulichten die Stellungnahme Merks zu den Hauterscheinungen bei der Pellagra. In der gemeinschaftlichen Sitzung der medizinischen Hauptgruppe, in welcher das Krankheitsbild der Pellagra (E. NEUSSER), die Ätiologie (A. STURLI), die nervösen Erscheinungen (F. TUSZEK), die Verbreitung und die sanitären Mafsnahmen zur Verhütung (von HABERLER) entwickelt wurden, hatte MERK in gedrängter Kürze die Hautsymptome behandelt. In erweiterter Form und auf breiter historischer Basis, an der Hand hervorragend gelungener Vierfarbendrucke gibt MERK seine Erfahrungen, wie er sie auf häufigen Reisen in die von der Pellagra heimgesuchten Gegenden Tirols und Voralbergs gesammelt hat, in der stattlichen Monographie. Das Thema als solches bei noch so objektiver Bewertung kann einer stark subjektiven Belichtung nicht entraten. Dafs der unabhängige und gedankenreiche Innsbrucker Forscher mit seinem lebendigen Stil die schwierige Frage so behandelt, dafs man geradezu mit Spannung ihm folgt, braucht kaum hervorgehoben zu werden.

Nach Merk gliedert sich das Pellagraerythem anthologisch ohne Schwierigkeit dem Erythema multif. exsud. Hebra an. Die typischen (u. a. das Casalsche Halsband) und atypischen Lokalisationen, die Besonderheiten seines klinischen Ablaufes, seine weiteren Eigenschaften wie seine jährliche Wiederkehr und seine statistischen Eigenheiten und seine Beziehungen zum Alter und zum Allgemeinstatus des Patienten, die differentielle Diagnose (bei welcher vor allem das Solarerythem in Frage kommt, von welchem Merk eine scharfe Trennung anstrebt) werden ausführlich erörtert.

„Die pellagrösen Hautsymptome sind für die Diagnose der Krankheit von derselben Bedeutung, wie es die Hauterscheinungen bei Varicella, Variola, Scarlatina, Morbilli, Rubeolen usw. für sich allein genommen und ohne Rücksicht auf weitere Krankheitserscheinungen für ebendiese Krankheiten sind."

An praktischen Beispielen, in der Beurteilung von Moulagen, Literaturberichten, zur Diskussion gestellten Fällen sucht Merk seine Anschauungen über den spezifischen Wert des „Pellagraerythems" zu erhärten. In einem „Die pellagrösen Erscheinungen als dermatologisches Problem" überschriebenen Kapitel wird der Verfasser noch einmal den Autoren — unter ihnen seien hier Strambio, Gemma, Lombroso, Majocchi hervorgehoben — gerecht, welche sich mit den Hauterscheinungen bei der Pellagra intensiv beschäftigt haben.

Das Schlufskapitel berührt die Therapie, welche sich in erster Reihe gegen das Grundübel zu richten hat, lokal aber durch die Verhütung und Beseitigung der Sekundärinfektionen nicht machtlos bleiben darf.

Wie das an eine Kürze gebundene Referat hier nur noch aufmerksam machen darf auf Merks Diskussion zur „Pellagraheredität", zur „sporadischen Pellagra" u. a., so sei schliefslich auch auf die Tafelerklärungen verwiesen, welche sorgfältige Krankengeschichten einschliefsen. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Eukalyptus bei Lepra, von Harry T. Hollmann-Molokai (Hawai). *New York med. Journ.* 27. März 1909.) H. hat während zweier Jahre 275 Patienten mit der kombinierten Eukalyptus- und Badekur behandelt; Eukalyptus wurde innerlich in Form des Destillats (der Blätter) und auch äufserlich als Öl gegeben, zu den Bädern wurde täglich je $^1/_4$ Pfund Eukalyptusblätter zugefügt. Nach dem Bade wurde der Körper bei einer Anzahl Patienten mit folgender Salbe gesalbt: Ol. eukalypti, Ol. chaulmoogr. āā, was von besonders günstigem Einflufs zu sein schien. Bei jenen, welche regelmäfsig die Bäder und innerlich Eukalyptus mit Strychnin genommen haben, betrugen die Todesfälle weniger als 5%, wovon weniger als 2% auf die Lepra selbst zurückzuführen waren. Vollständige Heilung des Leidens konnte M. zwar nicht, aber in vielen Fällen, wo dasselbe 5—20 Jahre bereits gewährt hat, Besserung erzielen; er zweifelt jedoch nicht, dafs auch Heilung zu erreichen wäre, wenn die Kranken im Anfangsstadium zur Behandlung kämen. Ausgesprochene Besserung zeigte sich bezüglich der neuritischen Schmerzen, das lästige Jucken wurde oft vollständig beseitigt,

Exkoriationen, Ulcerationen, Erosionen geheilt. Fieber, das bei Verschlimmerung der Krankheit odèr vielleicht durch neuerliche Invasion des Keimes auftritt, hat bei den Patienten an Häufigkeit bedeutend abgenommen, viele haben seit Beginn der Behandlung (seit zwei Jahren) kein Fieber mehr gehabt. Kurz, H. ist überzeugt, in der kombinierten Eukalyptusbehandlung ein Mittel von dauerndem Wert gegen die Lepra gefunden zu haben. *Stern-München.*

Über einige Leprafälle in Terralba (Sardinien), von G. CIUFFO. (*Boll. soc. med. Cagliari.* 1907. Nr. 3.) Lepra existiert noch endemisch in einigen Gegenden. Sardiniens. Gelegentlich eines kurzen Aufenthaltes in Terralba — einem elenden Dorf (Circondario Oristano) — konnte CIUFFO sechs Leprakranke ausfinden. Kurze Beschreibung derselben. *Dalla Favera-Parma.*

Zur Lepra tuberosa der oberen Luftwege, von PAUL BERGENGRÜN. (*Klin. Jahrb.* 1908. Bd. XIX.) An der Hand einer grofsen Zahl gelungener makro- und mikroskopischer Abbildungen bespricht Verfasser die klinischen Erscheinungsformen der Lepra tuberosa an den oberen Luftwegen und die Lage der Leprabazillen in den Schleimhäuten. Verfasser kam durch seine Präparate zur Überzeugung, dafs die Leprabazillen in geradezu erdrückender Mehrzahl zwischen den Zellen, in den primitiven Gewebsspalten und in den Lymphgefäfsen liegen. Die sogenannten „Leprazellen" „Globi" oder „Schollen" bestehen nach Verfasser aus Haufen von Leprabazillen und sind Thromben in varikös dilatierten Lymphgefäfsen; dementsprechend findet man in diesen Haufen Bazillen, Bazillenreste, Zooglea und geronnene Lymphe. — Was die Riesenzellenbildung in der leprösen Schleimhaut anbelangt, so hat Verfasser dieselbe nur in wenigen der von ihm untersuchten Stücke gefunden. Wo aber Riesenzellenbildung gefunden wird, da ist auch jedesmal ein dichtgeprefster, immer schon gröfserer, älterer Bazillenthrombus nebenan vorhanden, der manchmal ganz solide ist, manchmal aber, schon in Rückbildung begriffen, grofse Vakuolen aufweist. Es ist für die Entstehung der Leprariesenzellen aus Endothelien von grofser Bedeutung, dafs sie immer an einer Stelle in fester Verbindung mit dem umgebenden Gewebe bleiben. — Die Befunde Verfassers bestätigen demnach vollkommen die Lehre UNNAS, dafs der konstante und gewöhnliche Wohnort der Leprabazillen in der Schleimhaut der oberen Luftwege aufserhalb der Zellen und innerhalb des Lymphstromgebietes zu suchen ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Leprom der Hornhaut, von WAINSTEIN und KARNITZKI. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 1.) Da in der Petersburger ophthalmologischen Gesellschaft im Laufe der letzten 25 Jahre nur vier Fälle von Leprom, nämlich diejenigen von SCHRÖDER, MAGAWLY, GULJANITZKI und WEIGERT, mitgeteilt worden sind, so beschreiben W. und K. eine derartige Beobachtung. Es handelte sich um eine 47jährige Bäuerin des Petersburger Gouvernements mit allgemeiner tuberöser Lepra und einem Leprom auf den unteren zwei Dritteln der linken Hornhaut und der an dieselbe unten angrenzenden Sklera. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Radiotherapie als differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Lepra und Syringomyelie. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 7.) Bei der Syringomyelie werden nur die dem bestrahlten Rückenmarksabschnitt entsprechenden Körperteile günstig beeinflufst, bei der Lepra nur die direkt bestrahlten Teile gebessert. Die Abtötung der Leprabazillen innerhalb einer den Röntgenstrahlen ausgesetzten Zone bedingt eine aktive Immunisierung des Organismus, die auch auf entferntere Leprabazillen von Einflufs ist. Bei der Syringomyelie erstreckt sich die Einwirkung der Röntgenstrahlen nur auf die Bezirke, welche durch die bestrahlten Medullarsegmente innerviert werden. So trägt die Röntgentherapie zur Sicherung der Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Lepra anaesthetica bei. *Gunsett-Strafsburg.*

b. *Tuberkulose.*

Einige Resultate der Cutis- und Ophthalmoreaktion im Gebiete der Dermatologie, von C. Orsenigo. (*Tuberculosi.* 1908. Nr. 1.) Bericht über die Resultate der Cutis- und Ophthalmoreaktion an 57 Hautkranken. Trotz mancher Versagung und mancher unangenehmen Folgen glaubt Verfasser, daſs diese einfachen diagnostischen Mittel sich in der Praxis einzubürgern verdienen. *Dalla Favera-Parma.*

Was ist die Skrophulose? von R. Romme. (*Presse méd.* 1909. Nr. 25.) Der Artikel enthält ein Referat über den in der *Wien. klin. Wochenschr.* 1909, Nr. 7 erschienenen Aufsatz von Escherich, nach welchem die Skrophulose eine Erscheinungsform der Tuberkulose ist bei lymphatischen (Paltauf) Kindern, bei welchen der Tuberkelbacillus eine spezifische Hypersensibilität der Haut und der Schleimhäute erzeugt, und zwar eine beinahe lokale Hypersensibilität, welche sich durch toxidermische Läsionen kundgibt. *Gunsett-Straſsburg.*

Über seltene Formen der Hauttuberkulose, von Alfred Kraus-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 8 und 9.) Aus diesem interessanten Vortrage sei folgender hier mitgeteilter Fall hervorgehoben: Am linken Vorderarm eines 15jährigen Mädchens fand sich eine durch die bedeckende Haut tastbare, leicht über das Niveau der Umgebung sich vorwölbende multiple Knoten- bezw. Strangbildung. Die Knoten bestanden aus Einlagerungen von Kalkmassen in der Haut, in deren Umgebung sich Gewebe von ausgesprochen tuberkulösem Bau vorfand. Auf Tuberkulininjektion erfolgte positive lokale Reaktion. Es hatte sich um eine bisher nicht beobachtete, multiple, unregelmäſsig über den Körper zerstreute Affektion tuberkulöser Natur mit Übergang in Verkalkung gehandelt. *Arthur Schucht-Danzig.*

In der Société médicale des hôpitaux (Sitzung vom 8. Januar 1909; nach *Journ. d. pratic.* 1909, Nr. 3) sprachen A. Chauffard und Jean Troisier über **Erythema nodosum und Tuberkulose.** Die beiden Autoren verwenden seit einiger Zeit zu diagnostischen Zwecken an Stelle der subcutanen oder cutanen Tuberkulinimpfung die von Mantoux empfohlene intradermatische Impfung (Injektion von $^1/_{100}$ mmg Tuberkulin in das Corium), die bei Tuberkulösen zum Auftreten eines leicht erhabenen Erythems führt. Bei einem 18jährigen Mädchen mit Erythema nodosum und Dämpfung der rechten Lungenspitze veranlaſste die „Intradermoreaktion" die Entstehung eines Knotens, der durchaus den Effloreszenzen des bestehenden Erythema nodosum glich. Infolge des häufigen Zusammentreffens von Erythema nodosum und Tuberkulose, infolge der nachgewiesenen Möglichkeit, beim Meerschweinchen durch Injektion von Blut eines Kranken mit Erythema nodosum Tuberkulose, durch Einreibung von Tuberkelbazillen ein induriertes Erythem zu erzeugen, halten die Autoren es nicht für ausgeschlossen, daſs zwischen gewissen Fällen von Erythema nodosum und der Tuberkulose eine enge Verwandtschaft besteht. *Götz-München.*

Ungewöhnlicher Fall von Lupus mutilans, von Walter G. Smith. (*The Dublin Journ. Med. Science.* Bd. III, Nr. 448.) Krankheitsgeschichte eines 36jährigen Mannes mit Gesichtslupus, Lupus der Conjunctiva und der Augenlider, der Nasenhöhle und der Finger, deren Endphalangen schwere Deformitäten darboten.

Schourp-Danzig.

Behandlung des Lupus faciei, von De Beurmann und Degrais. (*Presse méd.* 1909. Nr. 17.) Im Jahre 1900 wurde der erste Finsenapparat im Hôpital St. Louis in Paris in Betrieb gesetzt. Seitdem erwies sich die Anschaffung von drei weiteren Apparaten als nötig. Um die Kompressionslinse automatisch immer in der richtigen Lage zu erhalten und zugleich das bisher nötige Wartepersonal zu ersetzen, wurde ein sog. Autokompressor konstruiert, welcher erstens einen vollkommenen Parallelismus zwischen Kompressor und optischem System garantiert und zweitens die Kompression

in immer gleichmäſsiger Weise besser als die menschliche Hand ausübt. Bei Lupus exulcerans mit sekundärer Infektion werden zuerst die Ulcerationen mit übermangansaurem Kalium in Umschlägen zur Heilung gebracht, dann wird zur Finsenbehandlung übergegangen. Bei Lupus vegetans werden vorher die hypertrophischen Partien durch Skarifikationen, leichte Röntgenbehandlung und Radium zum Schwinden gebracht. Der gewöhnliche Lupus wird sofort mit Finsen behandelt. Die Resultate sind ausgezeichnet. *Gunsett-Straſsburg.*

o. *Syphilis.*

Syphilitische Infektion oder merkurielle Intoxikation? von G. Loygue. (*Presse méd.* 1909. Nr. 30.) Es handelt sich um einen 23jährigen Patienten, der sechs Wochen nach der Sklerose eine Roseola und zugleich konfluierende Pemphigusblasen bekommt, welch letztere am Hodensack lokalisiert waren. Er wird mit 0,1 Protojoduretquecksilber pro die behandelt. Nach drei Wochen dieser Behandlung tritt eine Schwellung der Haut des ganzen Körpers und Gesichts auf von schinkenroter Farbe und mit Phlyktaenen bedeckt, die im weiteren Verlauf platzen und weite nässende Strecken hinterlassen. Zuletzt ist der ganze Körper nur eine nässende Fläche und unter stetem Kräftezerfall tritt nach 14 Tagen der Tod ein. Zeichen von Stomatitis waren nie nachweisbar. Dieser Umstand, ferner das Auftreten der Pemphigusblasen vor der Hg-Medikation, die schinkenrote Farbe, die Lokalisation der Hauptläsionen in der Genitokruralgegend bestimmen den Verfasser nicht eine merkurielle Intoxikation, sondern eine maligne Lues anzunehmen. (Sollte es sich in dem Falle nicht um eine nichtluetische maligne Dermatose bei gleichzeitiger Lues oder doch um Hg-Vergiftung handeln? Der Ref.) *Gunsett-Straſsburg.*

Dreifache venerische Infektion, kompliziert durch syphilitische Phlebitis, von Dieulafoy. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 25.) Bericht über einen Mann, der bei einem Koitus die ganze venerische Trias davontrug; die Syphilis manifestierte sich zur Zeit, da er in Behandlung kam, nur durch charakteristische Leistendrüsenschwellung. Zu allem Überflusse erkrankte der Mann auch noch an syphilitischer Phlebitis beider Beine. Diese durchaus nicht seltene Affektion, die gewöhnlich schon $2^1/_2$—5 Monate nach der Entstehung des Primäraffektes auftritt, befällt zumeist mehrere Venen, aber nicht in ihrer ganzen Ausdehnung, sondern nur in einzelnen Teilen; sie ist stets gutartiger Natur, Embolien kommen bei ihr nicht vor. — Bei Phlebitis, für die irgend eine andere Ursache nicht nachweisbar ist, muſs man nach den Erfahrungen D.s stets an Syphilis denken. *Götz-München.*

Hereditäre und akquirierte Syphilis, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 22) Kurze Mitteilung über eine 22jährige Frau, bei der sich neben einem Pigmentsyphilid am Halse sichere Zeichen hereditärer Lues, charakteristische Miſsgestaltung der Nase, kleine, feine Narben an den Lippenkommissuren und Difformität des harten Gaumens fanden. Es handelte sich um eine seit etwa einem Jahre bestehende, akquirierte Syphilis bei einer hereditär-luetischen Frau. Solche Fälle von Reinfektion sind selten; sie erfordern eine möglichst intensive Quecksilberbehandlung (wöchentlich eine Injektion von 0,05—0,08—0,1 Kalomel), und wenn diese versagt, Gebrauch von Jodkalium in groſsen Dosen (6 g und mehr pro die).

Götz-München.

Postkonzeptionelle Syphilis und Wassermannsche Reaktion, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 15.) Die Anschauung von Bab und Lesser, daſs die postkonzeptionelle Syphilis für die Mutter ungünstig sei, weil in den durch die Schwangerschaftshyperämie aufgelockerten Geweben eine ganz ungewöhnliche Ausbreitung des Virus statthaben kann, vermag W. auf Grund seiner

eigenen Beobachtungen nicht zu bestätigen. Auch die Annahme, daſs bei postkonzeptioneller Syphilis die Plazenta für den Fötus ein Schutzorgan gegen die Infektion darstelle, läſst sich nicht aufrecht erhalten; wohl verhindert die Plazenta die im Blute kreisenden Spirochäten, in den Fötus überzutreten, andererseits aber hält sie die Spirochäten fest und bietet ihnen günstige Lebensbedingungen, so daſs sie schlieſslich in die fötalen Zotten und ihre Kapillaren hineinwachsen können. Die Plazenta ist also eine Art Spirochätenfilter, das zur Anreicherung und gesteigerten Wirkung der Spirochäten führt. So erklärt sich auch die Tatsache, daſs Mütter, die während der ganzen Gravidität im Stadium der Syphilislatenz waren, syphilitische Kinder gebären; denn auch bei latent Syphilitischen kreisen höchst wahrscheinlich einzelne Spirochäten im Blute. Ob Kinder postkonzeptionell infizierter Mütter überhaupt gesund geboren werden können, erscheint sehr fraglich. W. selbst hat mehrfach bei Kindern solcher Mütter positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion festgestellt, obwohl syphilitische Erscheinungen weder intra vitam noch bei der Sektion gefunden werden konnten; ein positives Ergebnis der Wassermannschen Probe ist aber auch in solchen Fällen als sicherer Beweis für vorhandene Syphilis anzusehen. Die positive Reaktion deutet nicht etwa die Bildung immunisierender Antistoffe an; denn symptomfreie, aber positiv reagierende Neugeborene können früher oder später manifeste Syphilis aufweisen, es gehen in ihnen auch während der symptomfreien Zeit aktive syphilitische Prozesse vor sich, die aber auf der Oberfläche keine Erscheinungen machen. Wahrscheinlich treten gerade bei solchen Kindern später ohne prämonitorische Zeichen die deletären Formen tardiver Syphilis auf. Aus dem negativen Ausfall der Probe darf nicht auf Freisein des Kindes von Lues geschlossen werden; denn bei syphilitischen Neugeborenen fällt an und für sich die Wassermannsche Reaktion nicht immer positiv aus, zudem kann die bei der Geburt negative Reaktion bei Ausbruch syphilitischer Erscheinungen positiv werden.

Als praktische Folgerung ergibt sich, daſs positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Neugeborenen für sich allein eine absolute Indikation zur antisyphilitischen Behandlung darstellt, daſs dagegen bei Lues der Eltern Symptomfreiheit der Neugeborenen und einmaliges negatives Ergebnis der Reaktion nichts beweist. Das positiv reagierende Kind einer positiv reagierenden Mutter darf ohne weiteres an die Brust angelegt werden, während bei negativer Reaktion beider Teile fortgesetzte klinische und serodiagnostische Kontrolle nötig ist; denn die negative Reaktion kann Gesundheit oder Latenz bedeuten. Ein negativ reagierendes Kind darf von der positiv reagierenden Mutter nicht gestillt werden; eher kann man es verantworten, ein manifest syphilitisches Kind von einer negativ reagierenden Mutter säugen zu lassen. Denn die Annahme, daſs die Mütter hereditär-luetischer Kinder durchweg syphilitisch, wenn auch latent syphilitisch sind, gewinnt immer mehr an Wahrscheinlichkeit. Nach den Erfahrungen Ws. läuft die Syphilis viel öfter, als gewöhnlich angenommen wird, jahrelang als wirklich okkulte — nicht bloſs ignorierte — Syphilis, d. h. ohne äuſserlich sichtbare Symptome lediglich im Innern des Körpers ab; besonders scheint das bei Ehefrauen, die von ihren mehrfach behandelten und in einem späteren Syphilisstadium befindlichen Männern mit einem vielleicht abgeschwächten Gift angesteckt werden, öfter der Fall zu sein. Mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion wird auch nach dieser Richtung hin bald Klarheit geschaffen werden. *Götz-München.*

Tödliche Übertragung einer lange nach der Konzeption akquirierten Lues auf den Fötus, von Fieux und P. Mauriac. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 19.) Eine Schwangere akquiriert am Ende des sechsten Monats ihrer Schwangerschaft eine Sklerose. Im achten Monat gebar sie einen stark macerierten Fötus von 2770 g, in dessen Milz, Leber und Nabelschnur Spirochäten gefunden wurden. Dies beweist

gegen Diday und Parrot, daſs auch nach dem vierten und fünften Monat eine mütterliche Infektion auf den Fötus übergehen kann. *Gunsett-Straſsburg.*

Die hereditäre Syphilis der Brustkinder und ihre Behandlung, von Ljaschenko. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 14 und 15.) Nach einer Aufzählung der verschiedenen Symptome, unter denen die hereditäre Lues auftreten kann, bespricht Verfasser die Behandlung, welche er nicht einseitig mit Kalomel vorzunehmen rät, sondern unter Wechsel der verschiedenen, für den inneren Gebrauch zu empfehlenden Hg-Präparate, wie Hydr. tannicum oxydulatum, Hg. jodatum flavum, Hg. bijodatum rubrum, Sublimat, Haemolum hydr. jodatum und Einreibungen. Von Sublimatbädern ist Verfasser kein Freund. *A. Jordan-Moskau.*

Das unaufhörliche Schreien als Symptom der hereditären Syphilis, von Clemente Ferreira. (*Arch. de méd. des enf.* 1909, referiert *Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 74.) Nach diesem Autor bildet ein äuſserst persistentes, eindringliches und in der Nacht noch verstärktes Schreien der Säuglinge auch bei sonst fehlenden Symptomen der Lues ein ziemlich sicheres Zeichen der hereditären Syphilis und beruht wahrscheinlich auf Knochenläsionen. Diese Ansicht wurde bereits (gleiches Archiv Jan. 1908) von zwei argentinischen Ärzten Sisto und Gaing vertreten. *Gunsett-Straſsburg.*

Die kongenitale Syphilis der Nebennieren, von Ribadeau-Dumas und Pater. (*Arch. de méd. experim. et d'anat. pathol.* März 1909, referiert in der *Semaine méd.* 1909. Nr. 27.) Die Autoren fanden entgegen der Ansicht Virchows die Nebennieren häufig an kongenitaler Syphilis erkrankt. Gewöhnlich sind sie hyperämisch, mit erweiterten und infiltrierten (basophile mononukleäre Leukocyten, Lymphocyten und polynukleäre Leukocyten) Gefäſsen. Hierbei finden sich Spirochäten in groſser Anzahl. Oder aber es finden sich dreieckige oder ovaläre Nekrosen unter der Kapsel mit nach Levaditi nachweisbaren Spirochäten. Oder es bildet sich eine diffuse Sklerose des Organs, die in den zentralen Partien beginnt, mit Atrophie des Parenchyms. Es kann sich im Gegensatz hierzu auch eine Hypertrophie des Organs mit Hyperplasie der Kerne der Glomeruli und Vermehrung der Parenchymzellen bilden. Es folgt hieraus, daſs neben den als solchen leicht erkennbaren luetischen Veränderungen auch andere Prozesse auf Konto der hereditären Syphilis zu setzen sind, wenn auch Spirochäten nicht immer nachweisbar sind. *Gunsett-Straſsburg.*

Syphilis cerebralis hereditaria tarda bei zwei Schwestern, von L. Babonneix und R. Voisin-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 79.) Die eine der Schwestern ist 15 Jahre alt und leidet an spastischer Paraplegie, die andere ist 12 Jahre alt und hat eine linksseitige spastische Hemiplegie. Beide weisen auch noch andere heredosyphilitische Stigmata auf. *Gunsett-Straſsburg.*

Hogdsonsche Krankheit und Syphilis, von Debove-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 46.) Während die valvuläre Aorteninsuffizienz nach D. immer auf rheumatischer Basis entsteht, wird die arterielle Aorteninsuffizienz immer durch Syphilis erzeugt. Mitteilung zweier Fälle, die 26 und 27 Jahre nach erfolgter Infektion auftraten. *Gunsett-Straſsburg.*

Die syphilitischen Entzündungen der peripheren Arterien, von Bonnet und Courjon. (*Journ. d. pratic.* 1909.) Bei einem jetzt 38jährigen Manne, der sich vor 9—10 Jahren luetisch infiziert, aber keine genügende Behandlung durchgemacht hatte, waren vor sechs Jahren heftige Schmerzen an den Beinen aufgetreten; der Patient war damals sechs Monate bettlägerig gewesen, ist aber schlieſslich durch Gebrauch von Jodkalium geheilt worden. Vor zwei Jahren hatten sich dann krankhafte Erscheinungen am rechten Arm, zuerst Parästhesien (Stiche, Ameisenlaufen) und später starke Schmerzen mit Anämie der ganzen Extremität und endlich Kontraktur aller Beugemuskeln eingestellt; darauf folgten nach einer kurz dauernden, spontan ein-

getretenen Besserung Krämpfe, der Arm wurde kalt und blutleer, bis endlich jede Pulsation in der Arteria radialis, brachialis, axillaris und subclavia vollständig aufhörte. Gleichzeitig entstand ein trophisches Geschwür an der einen grofsen Zehe. — Die Schmerzen an den Beinen waren der Ausdruck des ersten Stadiums einer syphilitischen Arteriitis gewesen; bei den Erscheinungen am Arme handelte es sich ebenfalls um eine syphilitische Arterienentzündung, die aber hier bis zur Obliteration der Arteria subclavia geführt hat. Durch rechtzeitige antiluetische Behandlung wäre diese Obliteration wohl zu vermeiden gewesen. *Götz-München.*

Akneförmige Syphilide, von Brocq. (*Journ. d. Pratic.* 1909. Nr. 21.) Die akneförmigen Syphilide haben in ihrem Aussehen und ihrem Verlaufe grofse Ähnlichkeit mit den papulös-nekrotischen Tuberkuliden (der Akne cachecticorum); sie stellen eine schwere, hartnäckige Affektion dar und führen, namentlich an den unteren Extremitäten, leicht zu tiefgreifenden Ulzerationen. Die Behandlung mufs daher eine sehr energische sein; Br. empfiehlt Injektion grofser Quecksilberdosen und gleichzeitiger Verabreichung von Jod. *Götz-München.*

Psoriasiforme Syphilide, von Brocq. (*Journ. d. Pratic.* 1909. Nr. 27.) Das psoriasiforme Syphilid stellt eine Abart des papulösen Syphilides dar, ist aber viel hartnäckiger als dieses; es besteht aus leicht abgeplatteten Knötchen, die mit perlmutterartigen Schuppen bedeckt sind. Von der Psoriasis unterscheidet sich das psoriasiforme Syphilid dadurch, dafs schon bei ganz zartem, vorsichtigem, oberflächlichem Kurettieren einer Effloreszenz eine immer weiter sich ausbreitende Hauthämorrhagie entsteht, während bei Psoriasis eine Hautblutung erst zu stande kommt, wenn man ganz tief ausschabt. *Götz-München.*

Spezifische perifollikuläre Infiltrationen, von Brocq. (*Journ. d. Pratic.* 1909. Nr. 20.) Die granulierte syphilitische Roseola ist charakterisiert durch eine Infiltration in der Umgebung der Haarfollikel; ihr Auftreten beweist, dafs bei dem betreffenden Patienten eine Neigung zur Bildung perifollikulärer Infiltrationen und zur Entstehung der schweren akneförmigen, perifollikulären Syphilide vorhanden ist. Die granulierte Roseola ist viel hartnäckiger als die gewöhnliche Roseola und erfordert eine besonders lange und intensive Behandlung. *Götz-München.*

Beitrag zum Studium der Keratitis parenchymatosa auf luetischer Basis. Unter Zuhilfenahme der Wassermannschen Reaktion, von Fritz Silbersiepe. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) Die Keratitis parenchymatosa ist in der weitaus gröfsten Mehrzahl der Fälle auf luetischen Ursprung zurückzuführen. In der Gesamtzahl des poliklinischen Materials einer Grofsstadt sind die Fälle von Keratitis parenchymatosa auf Grund einer hereditären Lues weit häufiger als die Fälle, deren Lues akquiriert war. Bei der Keratitis parenchymatosa e lue hereditaria ist nur von einer sorgfältigen Bewertung der klinischen Symptome einhergehend mit der serologischen Untersuchung eine ätiologische Diagnosestellung zu erwarten. Von den somatischen Symptomen hereditärer Lues verdienen aufser der Hutchinsonschen Zahndeformität die Erkrankungen des Knochensystems hauptsächlich Berücksichtigung. Die Keratitis parenchymatosa e lue hereditaria ist in der Mehrzahl der Fälle, in denen eine eingehende ophthalmoskopische Untersuchung möglich ist, von peripheren chorioiditischen Veränderungen begleitet. Bei der Keratitis parenchymatosa als Folge einer akquirierten Lues überwiegen die Komplikationen der Iris, des Corpus ciliare und der Sclera, während die Aderhautveränderungen zurückstehen, und anscheinend nicht die Hornhautveränderungen in regelmäfsiger Weise vergesellschaften.

Fritz Loeb-München.

Hodensyphilome bei Kaninchen nach Impfung mit syphilitischem Virus, von D. Mezincescu-Galatz. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Bei zwei

Kaninchen entstanden nach Impfung der Hoden mit syphilitischem Material in den Einstichstellen Initialsklerosen und an den Hoden typische, syphilitische, interstitielle Veränderungen, an einzelnen Stellen Gummiknötchen mit zentraler Verkäsung, wie man sie bei tertiärer Syphilis findet. Das ganze Mediastinum testis war von Spirochäten überschwemmt; in der Nähe der Gummen wurden diese seltener, innerhalb des gummiösen Gewebes fehlten sie vollständig. Nach dem histologischen Befund in früheren Stadien der Kaninchenhodensyphilis beginnt die Vermehrung der Spirochäten im Niveau der Tunica vaginalis; von hier aus entwickelt sich die Orchitis. Der ganze Prozefs spielt sich ausschliefslich im Bindegewebe der Albuginea und in den interkanalikulären Septen ab. *Götz-München.*

Verschiedene Erscheinungsformen von Lues des Cerebrospinalsystems, von Engelen-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) Beschreibung eines Falles von Gehirnsyphilis, bei dem Einzelerscheinungen von Bulbärparalyse, Poliomyelitis anterior chronica und spastischer Spinalparalyse vorhanden waren, und eines Falles von Lues spinalis, die erst 25 Jahre nach der Infektion einsetzte, eines Falles von schwerer, diffuser, basaler Meningitis syphilitica kombiniert mit Meningomyelitis spinalis syphilitica. Aus den Beobachtungen E.s ergibt sich die Lehre, dafs bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, besonders bei Entwicklung atypischer Krankheitsbilder und bei Entstehung anscheinend infauster Krankheitsformen an die Syphilis als Ursache gedacht werden mufs. Für die Differentialdiagnose gegenüber therapeutisch unbeeinflufsbaren Erkrankungsarten, z. B. gegenüber Tumorbildung, kann der Ausfall der Wassermannschen Reaktion ausschlaggebend sein. *Götz-München.*

Bemerkungen zu zwei Fällen von akuten syphilitischen Meningitiden, von W. Oettinger und H. Hamel-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 49.) Ein 30jähriger Mann bekommt sieben Jahre nach einer unbehandelten Lues eine akute Meningitis mit Herdsymptomen. Der zweite Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, das im zehnten Monat seiner Lues trotz intensiver Pillenbehandlung eine mehr diffuse Meningitis durchmacht. Im Anschlufs an diese Fälle geben die Verfasser eine eingehende klinische Beschreibung sowohl der diffusen Meningitiden als derjenigen, die mit Herderkrankungen einhergehen und fügen dann noch einige therapeutische Betrachtungen hinzu. Ich möchte daraus hervorheben, dafs gewöhnlich die prophylaktischen Quecksilberkuren keinen Einflufs auf das Auftreten der meningitischen Symptome haben. Nach Kuren mit löslichen Hg - Salzen, nach Schmierkuren und unlöslichen Salzen treten sie auf.

Die meisten Fälle werden durch Kalomel und durch intensive Kuren mit löslichen Salzen gut beeinflufst. Aber nicht immer. Deshalb suchten Mosay und Pinard in direkterer Weise auf die Meningen zu wirken und injizierten bei luetischen Paraplegien Arg. colloïdale in den Spinalkanal, Claude und Shermitte Hg colloïdale. Letzteres wandten auch die Verfasser bei ihren Kranken mit gutem Erfolge an.

Gunsett-Strafsburg.

Die Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Dementia praecox, von J. Roubinovitch und Levaditi. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 62.) Aus den Untersuchungen dieser Autoren geht hervor, dafs in keinem von 15 untersuchten Fällen von Dementia praecox die Cerebrospinalflüssigkeit eine positive Wassermannsche Reaktion ergab. Ebenso gab das Blutserum dieser Kranken in 80% der Fälle eine negative Reaktion. Nur drei Fälle wiesen im Serum eine positive Reaktion auf, obwohl Syphilis weder in der eigenen noch in der Familienanamnese angegeben wurde. Hingegen zeigten diese Fälle allgemeine Degenerationssymptome, so dafs doch die Möglichkeit einer versteckten Syphilis vorliegt. *Gunsett-Strafsburg.*

Sekundär-syphilitische Epilepsie, von L. Guénot-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909 Nr. 65.) Aus der mitgeteilten Krankengeschichte entnehmen wir, daſs ein 26jähriger Eisenbahnarbeiter, der vorher weder Unfälle noch irgendwelche nervöse Erkrankungen hatte, sechs Wochen nach einer luetischen Infektion zugleich mit einem papulösen Ausschlag mehrere typische epileptische Anfälle bekam. Der Verfasser hebt die Seltenheit der sekundär-syphilitischen Epilepsie im Gegensatz zu den tertiären epileptiformen Anfällen hervor, desgleichen ihre leichte Heilbarkeit mit antiluetischen Mitteln, während die auf Hirnläsionen beruhenden tertiären Epilepsien viel schwerer der Therapie zugänglich sind. Interessant ist der, wenn auch nur schwach, positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion der Cerebrospinalflüssigkeit. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Prognose der Tabes, von Babinski. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 25.) Im Anschluſs an eine kurze Mitteilung über zwei an Tabes erkrankte Schwestern, von denen die eine von der anderen syphilitisch infiziert worden war, bespricht B. die Bedeutung, die das „Terrain", d. h. die individuelle Disposition und die Qualität des syphilitischen Virus für die Entstehung der Tabes haben. Die Prognose der Tabes ist, seitdem wir die Krankheit im Anfangsstadium zu diagnostizieren gelernt haben, wesentlich besser als in früheren Zeiten, in denen man sie erst ganz spät erkannte; denn durch frühzeitig eingeleitete Quecksilberbehandlung kann sie gebessert oder zum Stillstand gebracht werden. — Die blitzartigen Schmerzen lassen sich in vielen Fällen durch Röntgenbestrahlungen beseitigen oder lindern. *Götz-München.*

Syphilitische Gummen, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 29.) Kurzer Bericht über eine noch nicht behandelte, syphilitische Patientin, bei der sich am Nacken und am oberen Teile der Brust zahlreiche Gummen in den verschiedensten Stadien der Entwicklung fanden; das Bild glich durchaus dem der tuberkulösen Hautgeschwüre. Die Behandlung muſs in derartigen Fällen eine sehr energische sein; J. empfiehlt, wöchentlich 0,05—0,1 Kalomel zu injizieren. Versagt die Quecksilbertherapie, dann wird Jodkalium gegeben. *Götz-München.*

Ein vereinfachtes Verfahren der Serumdiagnose bei Syphilis, von N. A. Tschernogubow-Moskau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 15.) Das von Tsch. vorgeschlagene Verfahren ist folgendes: 0,1 ccm Blut wird in ein enges, 1 ccm physiologischer (0,9 ‰iger) Kochsalzlösung enthaltendes Reagensglas gebracht. Die gleiche Blutmenge kommt in ein zweites Reagensglas, das 1 ccm der 0,5 %igen Lösung eines frisch bereiteten, alkoholischen Extraktes aus gepulverter, gesunder Leber in physiologischer Kochsalzlösung (oder die gleiche Menge der gleichen Lösung eines frisch bereiteten, alkoholischen Extraktes aus einer genau bestimmten Menge Muskelgewebe eines Meerschweinchenherzens) enthält. Die beiden Blutmischungen werden zentrifugiert, dann gieſst man die klaren Flüssigkeiten in andere Gläschen ab, stellt diese bei 38° in den Thermostat und setzt nach einer Stunde in jedes Glas 0,25 ccm einer 5 %igen Emulsion abgewaschener Blutkörperchen des Meerschweinchens zu.

Das Verfahren, das vor der Wassermannschen Probe den Vorzug gröſserer Einfachheit hat, ergibt nach den Feststellungen Tsch.s sehr zuverlässige Resultate.

Götz-München.

Die Anwendung einer gedruckten Karte bei der Serumdiagnose der Syphilis, von Charles Wood McMurtry-New York. (*New York med. Journ.* 8. Mai 1909.) Nach eingehender Beschäftigung mit der Komplementfixationsprobe von Wassermann-Neisser-Bruck empfiehlt Verfasser zur Niederlegung der vielen wichtigen Einzelheiten eine gedruckte Karte folgenden Inhalts: Laufende Nummer, Name des Patienten, Datum, Resultat, Nummer der Tube, Art, Nummer und Dosis des Extrakts, Sera usw. und klinische Daten als Alter, Profession, Anamnese. Die Karte kann gebraucht werden: 1. um von ein und demselben Patienten ein oder mehrere Sorten

Serum zusammen mit den gewöhnlichen Kontrolltuben; 2. eine Gruppe von Seren, z. B. von einem Mann, seiner Frau und seinen Kindern; 3. Antigen oder Amboceptor zur Titrierung oder aktiver Wirkung u. a. m. zu prüfen. Die Karte kann auch dazu benutzt werden, um die Resultate verschiedener Proben, die zu verschiedenen Zeiten von dem Serum eines Patienten gemacht wurden, zu vergleichen, z. B. wenn es erwünscht ist, den Einfluſs verschiedener Arten von Quecksilberbehandlung, Diät, allgemein hygienischer Maſsnahmen, Klimawechsel festzustellen. Durch klare und vollständige Aufnahme des Serumbefundes kann schlieſslich auch das klinische Material besser ausgenutzt werden. *Stern-München.*

Zur klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von Isabolinski. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 16 und 17.) Die Schluſsfolgerungen von Isabolinski, welcher seine Untersuchungen am Berner bakteriologischen Institut von Prof. Kolle angestellt hat, lauten folgendermaſsen:

1. Die Wassermannsche Reaktion dient als wichtige Stütze der klinischen Diagnose und als Maſsstab für die Behandlung der Syphilis.

2. Ihr positiver Ausfall während der Latenzperiode zeigt an, daſs man es mit Syphilis oder mit dessen Latenzperiode zu tun hat und daſs eine spezifische Behandlung notwendig ist.

3. Das positive Resultat spielt eine wichtige differential-diagnostische Rolle bei zweifelhaften Erkrankungen.

4. Der negative Ausfall spricht dafür, daſs die betreffende Person entweder nie Syphilis gehabt hat oder daſs die Syphilis bei derselben zeitweilig geschwunden ist.

5. In zweifelhaften Fällen muſs die Serodiagnose mehrfach wiederholt werden und kann dann zu einer bestimmten Entscheidung der Frage führen.

6. Der positive Ausfall der Reaktion fordert bei ungenügend behandelten Kranken die sofortige Anwendung einer energischen Schmierkur.

7. Ein mehrfach negatives Untersuchungsergebnis vermehrt die Chance des Ausschlusses einer syphilitischen Infektion. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Technik, wie die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Korschun und Merkurjew-Charkow. (*Charkower med. Zeitschrift.* 1909. Bd. VII, S. 271.) Die Untersuchungen der beiden Autoren wurden an 232 Individuen vorgenommen, wobei sie fanden, daſs die Reaktion positiv ausfiel:

1.	bei hereditärer manifester Lues	in 91 %
2.	„ „ latenter „	„ 59,7 %
3.	„ anderen Krankheiten	„ 0 %
4.	„ Gesunden und Syphilophoben	„ 0 %
5.	„ Kranken mit unbestimmter Diagnose . .	„ 9,5 %
6.	„ progressiver Paralyse und Lues cerebri .	„ 100 %

Auf Grund dieser Befunde sehen diese Autoren die in richtiger Weise vorgenommene Wassermannsche Reaktion für spezifisch für Lues an. Der positive Ausfall der Reaktion unterstützt die Diagnose, der negative Ausfall erlaubt aber nicht Lues auszuschlieſsen. Bei der Untersuchung muſs parallel mit mehreren Antigenen gearbeitet werden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Technik der Wassermannschen Reaktion, deren praktische Anwendung in bezug auf Diagnose, Prognose und Therapie der Nervenkrankheiten, von E. Castelli-New York. (*New York med. Journ.* 17. April 1909.) Verfasser bekennt sich als enthusiastischen Anhänger dieser Serumreaktion und bezeichnet sie als die gröſste medizinische Errungenschaft der Gegenwart, zumal vom sozialen Standpunkt aus, wenn wir z. B. mit gröſserer Sicherheit als bisher den Ehekonsens erteilen können. Vom gesetzlichen Standpunkte aus kann ferner die Feststellung bei einem Angeklagten von

Wichtigkeit sein, ob er syphilitisch infiziert ist, ob eine frühere syphilitische Infektion von Einfluſs auf seinen psychischen Zustand gewesen sein mag u. a. m. Die Serumdiagnose kann im praeparalytischen Stadium, wenn die Allgemeinsymptome noch sehr unbestimmter Natur sind, besonders zur Differentialdiagnose zwischen allgemeiner Paralyse und Neurasthenie von Bedeutung sein und eine Wohltat für den Patienten und seine Angehörigen durch frühzeitige Unterbringung in einer Anstalt bedeuten. Infolge ihrer komplizierten Technik und der Schwierigkeit der Beschaffung der notwendigen Ingredienzien bleibt aber die Serumdiagnose vorläufig noch das Privilegium der Lehrinstitute, C. erklärt es jedoch für absolut notwendig, daſs all diese sowie die Krankenhäuser die Methode zur Einführung bringen und regelmäſsig benutzen.

Stern-München.

Zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von Masslakowetz und Liebermann. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 20, S. 677.) Die groſsen Differenzen in den Angaben der verschiedenen Autoren über die Häufigkeit des positiven Ausfalls der Seroreaktion selbst bei manifesten Erscheinungen von sekundärer Lues beruhen nach beiden Autoren einzig und allein auf der Unbeständigkeit der zahlreichen Elemente, welche bei der Wassermannschen Reaktion zusammenwirken. Um diese Unbeständigkeit zu vermeiden, geben die Autoren ihr Verfahren an, welches aber mehr die Bakteriologie betrifft und daher hier nur erwähnt sein mag. *Arthur Jordan-Moskau.*

Luesnachweis durch Farbenreaktion. Vorläufige Mitteilung von W. Schürmann-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Nach den Untersuchungen Sch.s scheint der Luesnachweis wie durch die Wassermannsche Reaktion so auch durch eine einfache Farbenreaktion möglich zu sein. Sch. stellt diese in folgender Weise an: 0,1 Serum wird mit physiologischer Kochsalzlösung auf 3 resp. 4 ccm verdünnt und mit einem Tropfen Perhydrol (Merck) versetzt; dann wird gut durchgeschüttelt und 0,5 ccm Reagens von der Zusammensetzung

Phenol	0,5
5 %iges Eisenchlorid	0,62
Aqua destillata	34,5

zugesetzt. Das normale Blutserum zeigt nach Einbringung des Reagens eine leichte Grünfärbung am oberen Rande, die beim Schütteln entweder ganz vergeht oder einen leicht grünblauen Farbton hinterläſst; die Mischung bleibt stets durchsichtig klar. Bei syphilitischem Serum tritt dagegen ein schwarzbrauner, stumpfer Ton auf, die Lösung wird undurchsichtig und macht beim Schütteln einen dickflüssigen Eindruck; überdies zeigt das syphilitische Serum im Gegensatz zum normalen nach dem Zusetzen des Reagens stets starkes Schäumen. Die Reaktion verläuft in ein bis zwei Minuten; später auftretendes Nachdunkeln der einige Zeit hell gebliebenen Mischung ist ohne diagnostische Bedeutung, leichtes Braunwerden der Flüssigkeit bei vollständigem Durchsichtigbleiben deutet höchstens auf eine leichte Hemmung hin, wie sie auch die Wassermannsche Reaktion anzeigt.

Das Reagens hat blaulila Farbe und hält sich nur kurze Zeit; es wird am besten immer frisch bereitet.

Die Resultate der Reaktion stimmten bisher mit den Ergebnissen der Wassermannschen Probe stets überein. Weitere Untersuchungen sind im Gange.

Götz-München.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. № 5. 1. September 1909.

Aus dem Privatlaboratorium des Herrn Dr. JOHANNES FICK-Wien.

Zur Epithelfaserfärbung nach der neuen Methode UNNAs.

(Wasserblau + Orcein + Eisessig + Eosin - Safranin - Methode).

Von

Dr. MORIZ BIACH.

In den Arbeiten aus Dr. UNNAS Klinik für Hautkrankheiten 1903 bis 1907 bringt UNNA „Neue Tatsachen aus der feineren Anatomie der Oberhaut". Bei der mühevollen Ausarbeitung seiner neuen Methode der Epithelfaserfärbung trat der Verfasser auch der Frage der Epithelzellenbeschaffenheit näher und glaubte die bis dahin recht unentschiedene Frage der Lymphspalten und Zellgrenzen befriedigend gelöst zu haben, indem er mit Hilfe dieser Färbung zu dem Schluſs gelangte, daſs die „Lymphspalten" zwischen den Epidermiszellen zum weitaus gröſsten Teil nur im mikroskopischen Bilde vorgetäuscht seien und zwar dadurch, daſs die Randzone des Protoplasmas der Stachelzellen aus einer glashellen durchscheinenden, schwer färbbaren Substanz besteht. Die Stachelzelle ist nach UNNA gröſser, als man allgemein angenommen hat; die interepithelialen Spalten aber sind in der normalen Haut nur kapillare Spalten im physikalischen Sinne und jedenfalls viel weniger breit als man auf Grund der nach früheren Methoden gefärbten Präparate angenommen hat; die Stachelzellen berühren einander mit ihren hellen Randzonen. Auch für das Zustandekommen der viel umstrittenen RANVIERschen Knötchen gibt der Autor eine recht plausible Erklärung dahingehend, daſs diese Knötchen nichts anderes seien als diejenigen Stellen der Epithelfasern, welche beim Übertritt der Faser aus einer Zelle in eine benachbarte der durch die glashelle Randzone gebildeten Protoplasmahülle entbehren. Auch die Frage der Verhornung berührt UNNA des näheren, indem er behauptet, daſs sich diese „geradezu nur an der hellen Membran der Stachelzelle abspiele." Schlieſslich kommt er auch auf die HERXHEIMERschen Spiralen und KROMAYERs Haftfasern zu sprechen.

Anläfslich der Bearbeitung eines anderen histologischen Themas zeigte mir Herr Dr. Fick ein nach Unnas neuer Methode auf Epithelfasern gefärbtes Präparat, welches Herr Professor Unna ihm gütigst überlassen hatte. Das betreffende Präparat zeigte in so imponierend schöner Weise die Epithelfasern rot in hellblauem Protoplasma, dafs ich mich zu einer Nachprüfung der Methode entschlofs, obgleich die bisher vorliegenden Mitteilungen darüber — sofern sie von Unnas Laboratorium unabhängig sind, nicht allzu ermutigend lauten.

M. Joseph zitiert die Methode in seiner dermato-histologischen Technik, ohne Lob und ohne Tadel; Fischl dagegen kommt bei der Bearbeitung der Kromayerschen Epithelfaserfärbung auch auf Unnas Methode zu sprechen und äufsert sich folgendermafsen:

„Die von Unna publizierte Darstellung ist selbst in der brieflich an Joseph mitgeteilten Modifikation und ebenso in der von Pasini aus dem Unnaschen Laboratorium veröffentlichten Variante kompliziert und mir für mit Wasser und Alkohol an 4 μ aufgeklebten dicken Paraffinschnitten (breites Kondylom, spitzes Kondylom) trotz sorgfältigster Befolgung der Vorschriften nicht gelungen."

Nur Bering scheint, wie aus einem Vortrage im Kieler physiologischen Verein hervorgeht, das vorgeschriebene Resultat erhalten zu haben. Er erklärt die Färbung für eine sehr diffizile und weist auch auf Schwankungen des Resultats insofern hin, als er sagt, bei einigen Schnitten sei die Faserfärbung, bei anderen der Zellmantel besser gelungen.

Trotz dieser ungünstigen Auspizien schritt ich an die Nachprüfung der Färbung.

Anfänglich hielt ich mich strenge an die Vorschrift; die Stücke waren in Alkohol fixiert und gehärtet. Einbettung teils in Zelloidin teils in Paraffin. Die Paraffinschnitte wurden entweder auf die Objektträger aufgeklebt oder vom Messer zur Entfernung des Paraffins in ein Schälchen mit Xylol gebracht, dann in Alkoh. absol. und so fort, kurz freischwimmend behandelt wie Zelloidinschnitte; Zelloidinschnitte wurden entzelloidiniert.

Der erste Farbstoff[1], in dem die Präparate für zehn Minuten verblieben, war ein Gemisch im Verhältnis von 1 : 2 von folgenden Farben:

A. Orcein	1,0	*B. Spritlösliches Eosin*	1,0
Wasserblau	1,0	*Alkoh. absol.*	50,0
Eisessig	5,0		
Glyzerin	20,0		
Alkoh. absol.	50,0		
Wasser =	100,0		

[1] Die Farblösungen wurden direkt von Grübler bezogen.

Um den Überschufs der sauren Farben zu entfernen, wurden die Präparate in destilliertem Wasser gut abgespült, darauf für eine viertel Stunde in eine 1%ige wässerige Safraninlösung gebracht, hernach wieder in destilliertem Wasser ausgewaschen, um schliefslich zur Fixierung des Safranins in eine ½%ige wässerige Kalibichromatlösung für 20 Minuten gelegt zu werden, hierauf neuerliche Wasserabspülung, Alkoholdifferenzierung, Xylol und Balsam.

Zu den Versuchen wurden in erster Linie Schnitte von spitzem Kondylom — nach Unna das dankbarste Objekt — und von Carcinomen verwendet, ferner Schnitte von breitem Kondylom, Warzen und einigen anderen Prozessen, bei welchem eine Akanthose vorhanden war.

Die Resultate nach dieser Methode gestalteten sich folgendermafsen: Der Gesamteindruck, den das mikroskopische Bild erweckte, war der eines Blau mit violettem Einschlag, ähnlich dem Blau bei der Hämalaunfärbung von Knorpelsubstanz: bei ein- und demselben Präparat liessen sich verschiedene Intensitätsgrade der Färbung unterscheiden.

Die Epithelzellen präsentierten sich als hellblaue Gebilde, die Zellkerne erschienen violett, die Kernkörperchen leuchtend rot, die Interzellularfasern als tiefblaue Stränge, die Fasern in der Zelle selbst, mit besonderer Deutlichkeit hervortretend, auch tiefblau gefärbt.

Nach diesen zum Teil verunglückten Versuchen — ich sage ausdrücklich zum Teil, da es ja auch uns gelang, die Epithelfasern sehr deutlich aber eben nicht in der gewünschten Farbe in der Zelle darzustellen — gingen wir daran, mit Hilfe kleiner Änderungen der verschiedenen Prozeduren zu versuchen, zu einem ebensolchen Resultate zu kommen wie Unna, d. h., das Protoplasma blau und die Fasern rot zu erhalten.

Unsere ersten Versuche galten den mit A und B bezeichneten Farbstoffen. Nachdem es sich sofort herausstellte, dafs eine Änderung der Mischung zugunsten der Menge der Orzein-Wasserblaulösung das Resultat nur verschlechterte, d. h. die Schnitte erst recht blau wurden, setzten wir verschiedene Mischungsverhältnisse zugunsten des Eosin an, die Lösungen wurden in Verhältnissen von (A) 1 : (B) 2, 3, 5 — 10 hergestellt, daneben liessen wir auch Änderungen bezüglich der Färbezeit eintreten, indem wir die Schnitte von 5—30 Minuten dieser Mischung anvertrauten.

Die vielen Präparate, die wir in dieser Weise färbten, brachten uns zu der Überzeugung, dafs tatsächlich ein Mehr von Eosin und zwar ungefähr in dem Verhältnis von 1 : 5 die annähernd besten Resultate liefere, indem einzelne Stellen des Schnittes die von Unna geforderten roten Fasern brachten; ein Plus von Eosin lieferte durchwegs rote Schnitte, auch behielten wir schliefslich die von Unna angegebenen 10 Minuten bei. Speziell sei bemerkt, dafs es sich als ganz unzweckmäfsig erwies,

das Orcein + Wasserblau + Eosingemisch nur ganz kurze Zeit, weniger als 10 Minuten, einwirken zu lassen. Das Resultat wurde hinsichtlich der Doppelfärbung nicht besser und es litt nur die Schärfe der Faserbilder.

Um einwandfreie Präparate zu erhalten, gingen wir in unseren Versuchen weiter und wandten uns dem nächsten Farbstoff, dem Safranin, zu. Hierbei stellte sich heraus, daſs eine über die vorgeschriebene Zeit von 15 Minuten ausgedehnte Applikation der Safraninlösung das Endresultat bei im übrigen gleicher Behandlung der Schnitte nicht beeinfluſste. Selbst wenn die Schnitte viele Stunden in Safranin gelassen wurden, erschienen nach der Differenzierung doch wieder die meisten Fasern blauviolett.

Nun erübrigte uns nur noch die Kalibichromatlösung; wir überliessen die Schnitte durch fünf Minuten bis zu einer Stunde dieser Lösung; die Erfahrung, die wir hier sammelten, ging dahin, daſs ein ganz kurzes Verbleiben der Objekte im Kalibichromat denselben Einfluſs ausübe, wie ein längeres Liegenlassen; Zeitangaben erscheinen uns daher recht irrelevant. Die endgültige Differenzierung geschah unter Kontrolle des Mikroskops. Trotz gröſster Vorsicht gelang es nicht, ordentlich differenzierte und zugleich rote Fasern zu erhalten. Auf das relativ beste Resultat habe ich oben hingewiesen. Ausdrücklich möchte ich noch hervorheben, daſs ich von Zeit zu Zeit immer wieder versucht habe, einige Schnitte genau nach der Originalvorschrift zu behandeln, jedoch immer wieder ohne das vorgeschriebene Resultat zu erhalten. Woran es gelegen haben mag, daſs mir die Darstellung der Faser in roter Kontrastfarbe nicht in dem vorgeschriebenen Grade gelungen ist, bin ich nicht in der Lage anzugeben. — Erwähnen muſs ich noch folgendes: Durch mannigfache Versuche entmutigt, wandten wir uns an Herrn Professor Unna mit der Anfrage, ob bei der von ihm angegebenen Vorschrift Imponderabilien nicht angegeben seien, die sich mittlerweile hatten feststellen lassen; darauf hatte Herr Professor Unna die Freundlichkeit mitzuteilen, daſs in seinem Laboratorium die Färbung immer gelänge und demonstrierte uns das auch dadurch, daſs er Schnitte, welche wir ihm im ungefärbten Zustande einschickten, färben lieſs. Diese zeigten rote Fasern, allerdings waren diese Bilder nicht so schön, wie sie das obenerwähnte Originalpräparat Unnas zeigte.

Ein letztes Experiment galt der Nachprüfung der Pasinischen Methode, der sich in seiner Arbeit „X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepitheliom“ ziemlich apodiktisch über das Gelingen der Unnaschen Epithelfaserfärbung mit und ohne Pasinischer Modifikation äuſsert.

Die verschiedenen oben erwähnten Schnitte wurden nun strenge nach Pasinis Angaben behandelt. Ohne mich des Näheren in die Details dieser Methode und ihre Resultate einzulassen will ich ganz kurz sagen: Die mikroskopischen Bilder und zwar bloſs in Berücksichtigung der Epithel-

faserdifferenzierung brachten uns auch nicht um einen Schritt weiter, im Gegenteil, UNNAS Methode lieferte uns der PASINIS gegenüber viel prägnantere und schönere Bilder der Epithelfaserfärbung.

Vor Abschlufs der Arbeit wandten wir unser Augenmerk noch ganz kurz den Differenzierungsflüssigkeiten zu, allerdings von vornherein mit wenig Hoffnung; da wir sahen, dafs der 80°/oige Alkohol das Safranin trotz der vorangegangenen Beize rasch entfernt, versuchten wir es erst blofs mit absolutem Alkohol, das Endresultat blieb sich gleich. Andere Alkohole (Methylalkohol) und Azeton erwiesen sich als ganz unbrauchbar.

Auf Grund meiner Untersuchungen komme ich somit zum Schlufs, dafs es nach den bis heute vorliegenden Angaben UNNAS nicht möglich ist, trotz gröfster Sorgfalt auch nur mit einiger Sicherheit das gewünschte Resultat — id est blaue Zellen und stets rote Fasern — zu erreichen. Auch uns ist es ja nach mehrwöchentlichen Versuchen gelungen, an verschiedenen Präparaten vereinzelt die differenzierten roten Fasern zu sehen, allein auch da gab es bei genau in derselben Weise behandelten gleichartigen Schnitten, ja sogar innerhalb ein- und desselben Schnittes so verschiedene Bilder, dafs wir uns nicht anmafsen können, die uns gestellte Aufgabe als glücklich gelöst zu betrachten. Wenn ich trotz alledem nicht anstehe, die Methode weiterer Nachprüfung zu empfehlen, so geschieht es, weil die Methode auch in unvollkommener Ausführung, nämlich wenn die Faser nicht in roter Kontrastfarbe, sondern dunkelblau oder violett auf hellblauem Grunde erscheinen, immer noch das zu demonstrieren gestattet, worauf es zunächst ankam, nämlich die von UNNA gefundene Randzone der Stachelzelle.

Wenn es einem gelingt, die Fasern in welcher Farbe immer gut differenziert darzustellen, so erhält man tatsächlich genau dasselbe Bild, wie es J. BLOCH in einer einfarbigen Textabbildung vorführt.

Meine technischen Versuche mitzuteilen, habe ich deshalb für notwendig erachtet, weil ich es nicht für ausgeschlossen halte, dafs so manchem die Darstellung der Faser — von der Farbe abgesehen — überhaupt nicht gelingen könnte und er daraufhin weitere Versuche einstellt. Ich denke an private, mir von befreundeter Seite gemachte diesbezügliche Mitteilungen. Deshalb hebe ich mit besonderem Nachdruck hervor, dafs die Darstellung der Fasern doch relativ leicht gelingt und dafs, wie die Kontrollpräparate, die nach anderen Methoden, namentlich der KROMAYERS, gefärbt wurden, zeigen, ein wesentlich anderes Bild der Epidermis einem vor Augen tritt, als bei Anwendung der älteren Methoden.

Wenn man die Randzone der Stachelzelle sehen will, so ist es durchaus notwendig, sich dieser Methode UNNAS zu bedienen.

Gegenüber der Methode KROMAYERS, die im übrigen ja auch ihre speziellen Vorteile besitzt, hat UNNAS Methode den grofsen Vorzug, dafs

sie die starken Schrumpfungserscheinungen vermeidet. Wie oben erwähnt, gelang es ziemlich leicht eine Doppelfärbung insofern zu erzielen, als die Kernkörperchen leuchtend rot erschienen; dementsprechend präsentierten sich auch die von UNNA beschriebenen, als X-Zellen bezeichneten Gebilde auch in meinen Präparaten recht deutlich.

Literatur:

UNNA, *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* 1903, Bd. 37.

DREUN, Arbeiten aus Dr. UNNAS Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg, 1903—1907, S. 37.

BERING, *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* 1904.

JOSEPH, *Dermatohist. Technik.* Berlin 1905, S. 57.

PASINI, *Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* Bd. 39, Heft 3.

FISCHL, *Centralblatt f. allgemeine Pathologie* 1905, Bd. 16.

BLOCH, Praxis der Hautkrankheiten. (Urban & Schwarzenberg.)

Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa.

Von

Dr. MENAHEM HODARA,

Oberarzt der Dermatologischen Abteilung des kaiserl. türkischen Marine-Hospitals.

Mit einer Tafel.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Das zweite Hautstück enthielt in seiner Mitte eine Pustel und war am Rande erythematös. Härtung in Alkohol absol. und Celloidin.

Die Epidermis ist durchweg hypertrophisch und hyperplastisch, es besteht parenchymatöses und intercelluläres Ödem; die Kernhöhlen sind erweitert, das Protoplasma hypertrophisch und ödematös, die Kerne hypertrophisch, die Zwischenzellräume erweitert. An einzelnen Stellen ist das intra- und intercelluläre Ödem ausgesprochener, die Kernhöhlen sind noch mehr erweitert, das Protoplasma noch ödematöser und noch mehr vakuolisiert oder ganz in eine ödematöse Höhle rings um die Kerne herum aufgelöst (LELOIRS „altération cavitaire“). Daneben besteht Hyperplasie der Stachelzellen, die Zahl der Stachelzellreihen ist um das drei- bis vierfache des Normalen erhöht, die Leisten sind hyperplastisch, verbreitert und reichen bis in die Cutis hinab, auch die Zahl ihrer Zellreihen ist gegen das Normale vermehrt und ihre Stachelzellen sind ödematös vergröfsert.

Die Körnerschicht besteht an einzelnen Stellen aus zwei bis drei Reihen von Körnerzellen mit großsen Körnern von Keratohyalin, an anderen Stellen ist sie auf ein bis zwei Reihen zusammengeschrumpft, und dort, wo die Stachelschicht stärker ödematös ist, fehlt das Keratohyalin fast ganz, anstatt des Protoplasmas der Körnerzellen gewahrt man ödematöse Hohlräume (vides oedemateux) mit hellen Kernen. Doch trifft man auch wieder auf stark hypertrophische, dicke und chromatinreiche Abschnitte der Körnerschicht, an denen man fünf bis sechs Reihen großser Körnerzellen zählen kann. Die Hornschicht ist daselbst stark hypertrophiert und aus mehreren hyperkeratotischen Lamellen zusammengesetzt, wodurch ihre normale Dicke um das drei- bis vierfache übertroffen wird.

In der Mitte der Schnitte liegt eine großse zur Kruste eingetrocknete Pustel, die Epidermis darunter ist sackartig eingesunken. Die Pustel wird in ihrem oberen Teil von mehreren Lagen Hornschicht gebildet, die zum Teil hyper-, zum Teil parakeratotisch und wie die Lagen bei einem Komedo geschichtet sind. Das Innere der Pustel wird von einer gewaltigen Ansammlung vielkerniger Leukocytenherde, kleiner, eingetrockneter Abscesse ausgefüllt, neben denen noch großse Herde von Mikroorganismen, ungeheure Mengen kleiner Bazillen Platz haben. Der Grund der Pustel endlich wird teils von parakeratotischen Lamellen, teils von großsen Haufen polynukleärer Leukocyten ausgefüllt. Unter der Pustel stößst man teilweise schon auf neugebildete Epidermis, bestehend aus normaler Horn-, Körner- und Stachelschicht. Aber auch eine frische Pustel entdeckt man hier innerhalb der alten Stachelschicht. Man kann die Bildung dieses Eiterbläschens ganz gut verfolgen. Zuerst dringen vielkernige Leukocyten gruppenweise vor, trennen die Stachelzellen und bilden zwischen den Zellreihen leukocytäre Züge. Unterdessen ist das Keratohyalin der Körnerzellen verschwunden und wird durch parakeratotische Zellreihen mit abgeplatteten Kernen ersetzt. Weiter zerstören dann die Leukocyten, immer massenhafter vordringend, die oberen Reihen der Stachelzellen; diese homogenisieren sich und werden farblos, nur einzelne ihrer Kerne bleiben färbbar. Auf diese Weise wird ein großser Teil der Stachelschicht durch Auswanderung und Anhäufung von Leukocyten, durch eitrige Einschmelzung zerstört; die übrigbleibenden Stachelzellreihen aber werden ödematös, ebenso ihr Protoplasma, das nur noch schwach färbbar ist, zum Teil auch in eine großse ödematöse Höhle um die Kerne sich verwandelt. Die Kernhöhlen sind sehr erweitert und die Zellzwischenräume regellos verbreitert, in ihnen sammeln sich die ausgewanderten weißsen Blutkörperchen in großsen Mengen an. Auch in der unter der Pustel gelegenen Stachelschicht häufen sich die polynukleären Leukocyten an und durchdringen die Schicht in großsen Mengen, in dem sie die Stachelzellen auseinander drängen, die Zwischenzellräume in großse Leukocytenhöhlen umschaffen und so zur Oberfläche

dringen, wo sie die Pustel bilden. Von allen Seiten sieht man die polynukleären Leukocyten zur Stachelschicht hinstreben; in der Mitte des Präparats ist ihre Ansammlung am massigsten, hier kommt es dann schliefslich zur Bildung der Pustel.

Auch in diesem Präparat sind sämtliche Gefäfse und Kapillaren der Cutis in hohem Mafse erweitert und klaffen auf den Schnitten. In mehreren von ihnen kommt es zur Stauung der roten Blutkörperchen, zur Fibringerinnung, in den meisten aber zu einer ungeheuren Anschoppung von polynukleären Leukocyten (weifse Thromben), dies besonders in der Mitte der Schnitte, wo die Auswanderung der Leukocyten gegen die Oberfläche, zur Bildung von Vesikeln, Pusteln und Krusten, ganz besondere Ausdehnung annimmt. Einzelne Lumina enthalten auch die zertrümmerten Kerne von Leukocyten; die Bruchstücke dieser Kerne sind in hyaline Körper umgewandelt. — Cutis und Papillarkörper sind stark ödematös, die Lymphgefäfse und Lymphspalten äufserst erweitert, die Papillen ödematös aufgeschwemmt und breit. Die Bindegewebszellen sind beträchtlich hypertrophiert und hyperplasiert, das Spongioplasma stark entwickelt. Im mittleren und unteren Teil der Cutis finden sich grofse Ansammlungen von Lymphocyten und Plasmazellen, die durch das ganze Zwischenzellgewebe zerstreut sind, namentlich zahlreich am Grunde der Cutis. Aber auch polynukleäre Leukocyten sind über das ganze Gewebe verteilt, man trifft sie zumal in der Mitte des Präparats, wo sie gegen die Oberfläche zwecks Bildung von Vesikeln, Pusteln und Krusten hinwandern. Lymphkörperchen und Bindegewebszellen sind ihnen beigemischt, desgleichen mononukleäre Leukocyten und auch vereinzelte eosinophile Zellen, diese besonders in den mittleren und unteren Schichten der Cutis. Einzelne Mastzellen fehlen schliefslich auch nicht, sowie Riesenzellen verschiedener Gröfse, sehr zahlreich an einzelnen Stellen, teils im Begriff, mit ihren Kernen zu verschmelzen, teils aus 40 bis 50 und mehr farblosen Kernen zusammengesetzt, wobei die Kerne teils regellos durcheinander liegen, teils zu kreisförmigen Gebilden angeordnet sind. — Alle die genannten Zellgattungen sind ganz willkürlich durcheinander gemischt.

* * *

Welchen histologischen Befund verzeichnen nun die anderen Autoren, die über die Dermatitis herpetiformis Duhring geschrieben haben? Unna, der diese Dermatose Hydroa mitis et gravis nennt, spricht in seiner *Histopathologie* S. 457 von Gefäfsveränderungen, Ödem der Gefäfswände mit Infiltration und Proliferation der perivaskulären und adventitiellen Zellen, Ödem des Papillarkörpers und besonders der Papillenspitzen, Infiltration und Proliferation der Bindegewebszellen im Gebiet des Papillarkörpers und der ganz alten Papillen. Unna fand ferner Proliferation der

Bindegewebsfibrillen an der Spitze der Papillen. Wenn es nicht nachträglich zur Eiterung kam, so bestand auch keine Auswanderung polynukleärer Leukocyten, desgleichen beobachtete UNNA auch keine Plasmazellen. In der Epidermis sind nach ihm die Veränderungen rein passiver Natur und kommen unter der Einwirkung des Ödems zustande; die Hornschicht ist ödematös und enthält einzelne Vesikeln, das Keratohyalin ist verschwunden, dagegen haben sich parakeratotische Schuppen gebildet. Die Stachelschicht ist infolge des parenchymatösen und namentlich auch intercellulären Ödems geschwollen, die Lymphräume stark erweitert, so daſs es zur Bildung von Kanälen und kleiner intercellulärer Vesikeln kommt, die zum Teil zu gröſseren Vesikeln und Blasen zusammenflieſsen. In schweren Fällen fand UNNA die Epidermis durch diese Blasen, die zwischen ihr und der Cutis liegen, im ganzen abgehoben, die Blasen selber mit Serum und Fibringerinnseln gefüllt; nur bei nachträglicher Infektion enthielten sie auch vielkernige Leukocyten. In der Stachelschicht kamen niemals Mitosen zur Beobachtung.

LEREDDE (LEREDDE und HALLOPEAU, *Dermatologie*, S. 214) fand bei der mikroskopischen Untersuchung der Dermatitis herpetiformis in der Cutis Erweiterung der papillaren und subpapillaren Gefäſse, starkes Ödem des Bindegewebes des Papillarkörpers und der Papillen, die geschwollen sind, Erweiterung der Lymphspalten, Transsudation von Serum, Zellinfiltrationsherde, aus Lymphzellen, seltener aus proliferierten Bindegewebszellen bestehend, endlich Plasmazellen. Eosinophile Zellen sind in der Cutis, im Papillarkörper und in den Papillen in Übermasse vorhanden; sie lagern immer weit ab von den Gefäſsen. In der Epidermis kommt es infolge des Ödems zur Bildung von Vesikeln aller Gröſsen; sie steigen aus der Tiefe an die Oberfläche der Epidermis und sind voll von Serum, von Fibringerinnseln und von eosinophilen Zellen; ihre Lage ist intercellulär. Bei der bullösen Form der Dermatitis herpetiformis sammelt sich das Ödem zuerst zwischen Epidermis und Cutis an, steigt dann allmählich in die Höhe und gelangt zwischen Horn- und Schleimschicht. Die Blasen sind voll von Serum, von Fibringerinnseln und von weiſsen Blutkörperchen, die zum gröſseren Teil eosinophil sind. Nach LEREDDE ist das Vorhandensein groſser Mengen von eosinophilen Zellen im Blut und ihre Absonderung durch die Haut das wichtigste Charakteristikum der Dermatitis herpetiformis. In der Epidermis finden sich Hypertrophie, eine bisweilen recht starke Akanthose und deutliche Karyokinese. Die pustulöse Form ist nach LEREDDE keine Primärerscheinung der Dermatitis herpetiformis, sondern entsteht erst sekundär durch Infektion. Die Vesikeln und Blasen füllen sich alsdann mit vielkernigen, neutrophilen Leukocyten, der Inhalt trübt sich und bei Anwesenheit von groſsen Mengen der neutrophilen Leukocyten kommt es zur Vereiterung.

Für die Wiener Schule, die alle Formen der Dermatitis herpetiformis für Pemphigus erklärt, müſste auch unser Fall für eine Varietät des Pemphigus gelten. SPIEGLER (Kapitel Pemphigus des Handbuchs für Hautkrankheiten von MRAZEK) schildert die mikroskopischen Veränderungen der verschiedenen Formen des Pemphigus wie folgt: „Über den Sitz der Pemphigusblase sind die Ansichten geteilt. Nach AUSPITZ, HEBRA, HAIGHT und WEYL sitzen die Blasen ziemlich oberflächlich unter der Hornschicht, nach KAPOSI noch viel oberflächlicher. GUSTAV SIMON, LELOIR, BROCQ, BUZZI, JOSEPH, KROMEYER und LUITHLEN fanden sie zwischen Epidermis und Cutis gelagert. JARISCH und KREIBICH sahen sie einmal zwischen den basalen Reihen der Stachelschicht und des Corpus mucosum, ein andermal zwischen dem Stratum lucidum und dem Stratum granulosum. Sie waren mit Fibringerinnseln, mit Leukocyten, mit Epitheldetritus und mit eosinophilen Zellen gefüllt. NEISSER sah in dem Blut und in den Blasen von Pemphigus eosinophile Zellen, JARISCH in den Blasen Epithelzellen mit beginnender Degeneration. In den frischen Blasen kommen keine Bakterien vor, später aber findet man staphylokokken- und pneumokokkenähnliche Bakterien; von SPIEGLER wurde ein Kapselbacillus herausgezüchtet. An der Spitze der Blasen haften fast immer Teile der Haarfollikelscheiden oder der Schweiſsdrüsenausführungsgänge. Die Basis der Blasen wird entweder vom Papillarkörper oder von den unteren Teilen der Epidermis gebildet, hier sind die Zellzwischenräume dann ganz verkürzt, die Zellen geschwollen. Wenn die Blasen eintrocknen, so ist die Stachelschicht stark proliferiert, die Leisten erstrecken sich bis tief in die Cutis, die Zwischenzellräume sind verengt und die Zellen enthalten zwei Kerne. In der Cutis bestehen entzündliche Veränderungen, die subpapillaren Gefäſse sind erweitert, aber nicht die Kapillaren (JARISCH), mononukleäre Leukocyten und eosinophile Zellen bilden perivaskuläre Infiltrate, die Papillen sind durch das Ödem stark geschwollen, die elastischen Fasern sind unverändert (JARISCH und KREIBICH), oder aus den Papillen ganz geschwunden (LUITHLEN). JARISCH sah in einigen Fällen auch Horncysten, die sich aus Schweiſs- oder Talgkanälchen gebildet hatten (BEHREND). Dieser Prozeſs geht nach KROMEYER so vor sich, daſs die Schweiſs- und Talgkanälchen durch die Blasen zerrissen und getrennt werden und nun die unteren Teile der Kanälchen sich in Cysten umwandeln. Nach DÉJÉRINE, LELOIR und BROCQ, QUINQUAUD, JARISCH, SANGSTER und MOTT, sind die von der Blasenbildung betroffenen Nervenfasern hochgradig verändert, ihr Myelin zerklüftet, der Achsenzylinder kaum zu sehen und die SCHWANNsche Scheide verdickt. STEFANINI und MARIANELLI haben Veränderungen am Sympathikus gefunden, EPPINGER dagegen beobachtete weder an den peripheren Nerven noch im Zentralnervensystem etwas Pathologisches. Vielleicht handelt es sich um Veränderungen der peri-

pheren Hautnerven durch Toxine. BROSCHIERI will sogar die graue Substanz erkrankt gefunden haben. JARISCH, SCHWIMMER, BABES, DÉJÉRINE fanden Sklerose der GOLLschen Stränge bei tödlich verlaufendem Pemphigus.

Beim Pemphigus foliaceus ist das Ödem noch viel stärker als beim gewöhnlichen Pemphigus. Sämtliche Blutgefäfse, Arterien wie Venen, sind aufs äufserste erweitert wie bei Angiomen (UNNA), die Papillen werden von nur wenigen Kapillaren gänzlich ausgefüllt. Die Lymphgefäfse und Lymphspalten sind ebenfalls ungeheuer erweitert, diese jedoch weniger als jene (UNNA). Die Ursache liegt darin, dafs die kollagenen Fasern durch das Ödem beträchtlich geschwollen sind und so die maximale Erweiterung der Lymphspalten verhindern (UNNA). Das lockere Bindegewebe um die Schweifsknäuel und die Haarfollikel sowie im Fettgewebe der Subcutis ist ungeheuer ödematös (UNNA), das übrige Bindegewebe ist hart und geschwollen (UNNA), es scheint auch hyaline und kolloide Umwandlung des kollagenen Gewebes zu bestehen (UNNA); auch finden sich einzelne Zellinfiltrationsherde, und UNNA fand überall in der Cutis polynukleäre Leukocyten in Wanderung begriffen. Nach LEREDDE sind die meisten dieser Zellen eosinophil. UNNA gibt an, dafs während der Abblätterung des Pemphigus foliaceus die Stachelschicht stark ödematös ist, die Stachelzellen sind geschwollen und ödematös. Im Stadium der Regeneration ist die Stachelschicht hypertrophisch, enthält Mitosen, die interpapillaren Kegel sind verlängert, die Körnerschicht ist normal, die Hornschicht von wechselnder Dicke, mit Resten von abnorm grofsen, ödematösen, geschwollenen Kernen. Kommt es zu einer neuen Hyperämie und Exfoliation der frisch gebildeten Hornschicht, so werden die Stachelschicht und die Leisten durch die ödematösen Papillen flach gedrückt, die suprapapillare Stachelschicht ist stark geschrumpft, die veränderte Hornschicht sitzt über den Papillen, die Zwischenzellräume sind zum Teil erweitert und enthalten ausgewanderte Leukocyten, die ödematöse Stachelschicht ist erweicht, die Zellränder sind teilweise verwischt, so dafs sie wie eine homogene Masse mit frei umherliegenden Kernen aussehen; zwei oder drei Reihen eingetrockneter Stachelzellen lagern darüber, die Hornschicht fehlt hier stellenweise gänzlich. An Stellen, wo Hyperämie und Ödem geringer sind, sitzen zuweilen Krusten von beträchtlicher Dicke, die an der Oberfläche aus erweichter Hornschicht, in den tieferen Lagen aus nicht keratinisierter Stachelschicht bestehen, trotzdem aber flache Kerne, die reichlich von Leukocyten durchsetzt sind, enthalten. Die beträchtliche Dicke dieser Krusten wird durch die Schwellung des Epithels, nicht durch die vorhandene Exsudatmenge bewirkt. Die Zellen der Glomeruli sind in der Tiefe gleichfalls geschwollen, die Follikel fallen mit den Haaren aus, wachsen aber wieder, wenn Heilung erfolgt. Nach UNNA besteht also äufserste Er-

weiterung der subpapillaren Lymphgefäfse, Schwellung und Erweiterung der Epidermis, Bildung von grofsen Schuppen an der Oberfläche.

Bei seiner Besprechung des Pemphigus vegetans NEUMANN im Handbuch von MRAZEK erwähnt SPIEGLER auch Fälle, wo der Pemphigus nicht ausschliefslich in den Hautfalten auftritt, sondern sich auch an anderen Körperstellen zeigt. Die histologischen Veränderungen beim Pemphigus vegetans bestehen nach SPIEGLERS eigenen Befunden und nach denen der anderen Forscher, die er anführt (NEUMANN, MARIANELLI, UNNA, MÜLLER, HERXHEIMER, KÖBNER usw.), hauptsächlich in einer Anhäufung von Hornmassen an der Oberfläche, in einer ungeheuren Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelschicht, die fünf- bis sechsmal gröfser ist als im Normalen; weiter sind die Leisten in der Cutis ganz gewaltig proliferiert, man gewahrt zahlreiche Mitosen; das beträchtliche Ödem der Stachelschicht ist anfangs rein serös, später wandern polynukleäre Leukocyten in Menge ein, häufen sich zwischen den Stachelzellen an und bilden trockene Abscesse (UNNA), oder die Leukocyten sammeln sich an der Oberfläche zwischen den Hornmassen, wo sie eitrige Krusten bilden, sowie in der Cutis in den ungeheuer erweiterten Blut- und Lymphgefäfsen. In der Cutis und besonders im Papillarkörper findet sich starkes Ödem, perivaskuläre Infiltrate von einkernigen Leukocyten und weniger zahlreichen Plasmazellen, Proliferation der Bindegewebszellen, reichliche Auswanderung vielkerniger Leukocyten und eosinophiler Zellen in die Cutis und in die Blasen. Diese erscheinen von Anfang an zwischen Epidermis und Cutis oder in der Epidermis selber; sie sind zuerst serös, blutig, voll von Fibrin, werden aber später eitrig. Sie haben kein langes Leben, sondern gehen bald wieder ein, und alsdann treten die schon erwähnten Veränderungen ein. In einzelnen Papillen kommt es auch zur Proliferation der Bindegewebsfibrillen (UNNA). Nach UNNA ist der Pemphigus vegetans NEUMANN, den er Erythema bullosum vegetans nennt, eine Infektionskrankheit; er ist aufserdem antoinokulabel, und unterscheidet sich dadurch vom gewöhnlichen Pemphigus. Bei diesem Erythema bullosum vegetans fand UNNA äufserste Erweiterung der Venen und der Lymphgefäfse neben einer Endo-, Meso- und Periarteriitis; einzelne Arterien sind auch infolge stellenweiser obliterierender Entzündung verengt, indem sich nämlich Bindegewebslamellen konzentrisch um die Gefäfse lagern. — Nach HALLOPEAU tritt seine Pyodermitis vegetans, die mit dem Pemphigus vegetans NEUMANN identisch ist, im Verfolg der Dermatitis herpetiformis DUHRING auf.

Schlufssätze.

In unserem Fall von Dermatitis herpetiformis, Varietas pustulosa seu erythemato-ulcero-crustosa, finden wir in der Mitte der Schnitte, dort wo die eitrigen Vesikeln, die Pusteln und Krusten ihren Sitz haben, eine

sekundäre Infektion, grofse Herde von Mikroorganismen, von kleinen Bazillen, in den Eiterkrusten, den Vesikeln und Blasen. In der Cutis und in den Gefäfsen, die unterhalb und an der Peripherie dieser Elemente liegen, wimmelt es von polynukleären Leukocyten. Die Gefäfse sind ungeheuer erweitert und vollgestopft von den weifsen Blutkörperchen, die von hier aus in grofsen Mengen in die Cutis und Epidermis auswandern, um daselbst Vesikeln, Krusten und Pusteln zu bilden. Das Ödem ist hier oft sehr stark, zwischen Epidermis und Papillarkörper stellenweise zu Vesikeln angesammelt, die aufser blutigem Serum noch Fibringerinnsel und Leukocyten enthalten. An den Seitenteilen der Schnitte, wo Erythem und Infiltration ihren Sitz haben, herrscht der entzündlich-hypertrophische und proliferierende Charakter vor; hier bestehen in beträchtlichem Grade Hyperkeratose und Akanthose, Ödem der Stachelschicht. Die Leukocytose ist dagegen nur gering. In der Cutis besteht entsprechend dem erythematösen und infiltrierten Gewebe eine grofse Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse; die Blutgefäfse enthalten zum Teil Blutgerinnsel, rote Blutkörperchen und zerbröckelte und in hyaline Körper umgewandelte Leukocyten. Aufser diesen Veränderungen findet sich noch Ödem, dieses namentlich im Papillarkörper und in den Papillen. Ferner kommen hier grofse Zellinfiltrate zur Beobachtung, die sich aus Lymphocyten, mononukleären Leukocyten und aus Plasmazellen zusammensetzen; daneben auch Infiltrate von Bindegewebszellen, von proliferierten und hypertrophierten Spindelzellen. Die Auswanderung vielkerniger Leukocyten ist an diesen erythematösen Stellen aber nur wenig entwickelt. Eosinophile Zellen waren nur wenige in der Cutis meiner Präparate enthalten.[1] In beiden Präparaten fanden sich in der Cutis Riesenzellen, weniger freilich in der Umgebung des Erythems als in der der Pusteln und Krusten. Diese Riesenzellen haben verschiedene Gröfse, einige von ihnen sind noch im Wachstum begriffen, andere bereits ungeheuer grofs. Dieses Vorkommen von Riesenzellen wird von den übrigen Forschern weder für die Dermatitis herpetiformis noch für den Pemphigus erwähnt.

Tafelerklärung.

Fig. I. Schwache Vergröfserung. Dermatitis herpetiformis ulcero-crustosa.

Fig. II u. III. Dasselbe bei starker Vergröfserung, und zwar:

Fig. II. Drei Riesenzellen bei R.

Fig. III. Ein eitriges Bläschen unter der Hornschicht bei B.

Fig. IV. Mittelstarke Vergröfserung. Dermatitis herpetiformis pustulosa.

---

[1] In meinen, in absolutem Alkohol und Celloidin gehärteten Präparaten habe ich in der Epidermis keine eosinophilen Zellen gefunden; das in Sublimat gehärtete Präparat ging wie gesagt verloren.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

Sitzung vom 28. November 1908. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 3 und 4.)

F. Schultz: **Zur elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen.** Sch. hat in Tabellen nachgewiesen, dafs die normalen Gewebe des Kaninchens und des Menschen sowie eine Reihe pathologischer Gewebe sich in ihrem spezifischen Gewicht derart unterscheiden, dafs diese Gewichtsdifferenzen für die Absorptionsfähigkeit der Röntgenstrahlen praktisch in Frage kommen.

Lesser: **Sarcoma haemorrhagicum multiplex.**

Rissom: **Krankenvorstellung (Lichen ruber pemphigoides)**

Miekley: **Lues maligna mit Hepatitis interstitialis.** Hervorzuheben ist aus der Krankheitsbeschreibung dieses Falles die Neigung zu Blutungen aus den zahlreich vorhandenen Ulcerationen. Dafs diese nicht den rupiaartigen Charakter angenommen haben, liegt wahrscheinlich daran, dafs infolge der fortwährenden Blutungen keine Eintrocknung des Sekrets hat stattfinden können. Die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges von Hämophilie mit Syphilis wird anschliefsend erörtert.

Arndt: a) **Leukämische Tumoren der Haut.** b) **Lymphodermia perniciosa.** Beide Fälle werden eingehend besprochen unter Berücksichtigung des Blutbefundes.

Blumenthal: **Mykosis fungoides** (Krankenvorstellung).

Halle: **Hautatrophie mit Sklerodermie** (Krankenvorstellung). Die 26jährige Patientin leidet an einer Acrodermatitis atrophicans mit gleichzeitigen sklerodermieartigen Veränderungen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 28. Februar (13. März) 1909.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Iwanoff stellt einen Kranken mit **Folliklis** vor. Krankheitsdauer zwei Jahre, typische Lokalisation und eine ausgesprochene Veränderung der Cervicaldrüsen.

2. Goworoff berichtet über einen vierjährigen Kranken mit **Naevus angiomatosus papill. pilaris.** Der Fall ist nicht nur wegen seiner grofsen Ausdehnung wichtig, sondern ist auch dessen Anamnese bemerkenswert; es ist nämlich positiv nachgewiesen, dafs die Mutter sub graviditate sich während eines Feuers erschreckt hat.

Diskussion: Terebinsky bemerkt betreffs G.s Fall, dafs der Vortragende bei Besprechung der Ätiologie des Naevus nichts über die sogenannten Naevuszellen gesagt hat, welche Zellen nach Unnas Ansicht abgeschnürte und eingewachsene Epithelzellen darstellen; aufserdem hat G. kein Wort über die moderne Naevusbehandlung mit Kohlensäure nach einer amerikanischen Methode gesagt; es ist nämlich in der letzten Zeit gelungen, eine sehr befriedigende Besserung des Leidens mit dieser Methode zu erzielen.

Sitzung vom 21. März (3. April) 1909.

1. Terebinsky zeigt einen fünfjährigen Kranken mit **Erythrodermie congénitale ichthyosiforme Brocq**; Krankheitsdauer 18 Monate. Es handelt sich um einen symmetrischen erythematösen Ausschlag; auf den affizierten Stellen sind die Hautfurchen und Hautfalten mehr als normal ausgesprochen und erstere mit den normalen oder grauen Hornlamellen bedeckt.

2. IWANOFF stellt eine Kranke mit **Fibroma molluscum** vor. Krankheitsdauer vier Jahre. Die Eigentümlichkeit des Falles besteht darin, daſs es sich hier mehr um Flecken, nicht um Tumoren handelt; soweit wie es dem Referenten bekannt ist, weisen nur EHRMANN und FICK in ihrem Buche darauf hin, daſs das Fibroma molluscum in Fleckform beginnen kann; ebenfalls wurde auf dem 9. dermatologischen Kongreſs über einen Fall von Neurofibroma maculatum berichtet. Auf den von I. vorgestellten mikroskopischen Präparaten sieht man einerseits ein typisches Bild von Fibroma molluscum mit den zahlreichen Mastzellen, andererseits kann man sich daselbst überzeugen, daſs ein Nerv in dem Prozesse sich beteiligt. Klinisch ist der vorgestellte Fall hauptsächlich dadurch wichtig, daſs einige von den Primärformen sich nicht in die eigentlichen Tumoren umwandeln, sondern atrophische Stellen hinterlassen. Was nun die Äuſserung anbetrifft, daſs man bei derartigen Krankheiten eine mangelhafte psychische Entwicklung beobachtet, so kann man dieses im gegenwärtigen Falle nicht behaupten: anamnestisch konnte der Referent bloſs eine Hysterie bei der Mutter der Kranken feststellen.

Diskussion: PAWLOFF betrachtet den von I. vorgestellten Fall als einen sehr selltenen; in all den sechs Fällen, die ihm zur Beobachtung kamen, hat er kein einziges Mal eine makulöse Form gesehen.

PETERSEN meint, daſs die Mehrzahl der Fälle von Fibroma molluscum nicht in dem Anfangsstadium zu unserer Beobachtung kommt, und deshalb wird eigentlich die makulöse Form übersehen.

3. SOLOWIEFF stellt einen 40jährigen Kranken mit **prämykotischem Exanthem** vor. Der Referent meint, daſs der Eigentümlichkeit des klinischen Bildes entsprechend hier eher von einer nicht typisch verlaufenden Pityriasis rubra die Rede sein könnte und daſs die auf der Haut vorhandenen Exkoriationen und Fissuren sowie die Drüsenschwellung möglicherweise die Folgen eines sehr heftigen Juckens seien. Was die Behandlung anbetrifft, so hat der Referent beschlossen, eine Röntgentherapie anzuwenden, da die Arsenbehandlung vollständig erfolglos geblieben ist.

Diskussion: IWANOFF erinnert sich betreffs des von S. vorgestellten Falles, daſs, als der Kranke sich noch in der Klinik von Prof. PAWLOFF befand, die Krankheit in der ersten Zeit das Bild eines Ekzems vorstellte, und es fehlten anfangs Nässen und Drüsenschwellung, aber bald darauf hat sich das Krankheitsbild geändert, es trat eine Drüsenvergröſserung ein und der Kranke blieb eine Zeitlang ohne Diagnose; da nun aber circumskripte Infiltrationen zum Vorschein kamen, neigte die Diagnose zugunsten des prämykotischen Exanthems. Jedenfalls kann der Opponent bestätigen, daſs der Zustand des Kranken in dieser kurzen Zeitfrist sich entschieden verschlimmert hat. Was die Behandlung anbetrifft, meint J., die Röntgentherapie wäre in diesem Falle kontraindiziert.

PETERSEN erinnert sich, den Patienten vor etwa sechs Wochen gesehen zu haben, und damals schwankte die Diagnose zwischen Pityriasis rubra und Mykosis, wobei P. eher zugunsten der Mykosis neigte.

EHRLICH bemerkt, daſs er in Prof. UNNAS Klinik die Gelegenheit hatte, ziemlich lange Zeit einen Kranken mit Pityriasis rubra zu beobachten; der Patient litt an sehr heftigem Jucken, das in starken Anfällen über den ganzen Körper plötzllich auftrat, und trotzdem der Kranke dabei sich unaufhörlich den ganzen Körper kratzte, waren weder Fissuren noch Drüsenschwellung vorhanden; deshalb meint E., daſs es sich in diesem von S. vorgestellten Falle nicht um Pityriasis rubra handle, der Opponent neigt eher zugunsten der Diagnose eines prämykotischen Exanthems.

KULNEW, sich auf die Veränderungen der Nägel stützend, neigt zugunsten der Pityriasis rubra.

4. Petersen stellt einen Fall mit **Rhinosklerom** vor. Krankheitsdauer zehn Jahre.

5. Solowieff zeigt einen 60jährigen Kranken mit **Sklerodermie**; Krankheitsdauer zirka zehn Jahre. Der Prozefs nahm seinen Anfang von den unteren Extremitäten nach einem unglücklichen Fall des Patienten ins Wasser, worauf die Krankheit sich langsam nach oben entwickelte.

6. Petersen zeigt einen Fall mit **Epithelioma labialis inferioris.** Das Leiden heilte nach drei Röntgenbestrahlungen (H 6, 1/2 Stunde, bei 15 cm Entfernung, H 8, 1/2 Stunde, bei 10 cm und H 4, 20 Minuten, bei 12 1/2 cm).

7. Kndriawsky zeigt: a) einen Fall mit **Parapsoriasis,** b) einen Fall mit **Tuberkulid** der Gesichtshaut; in dem zweiten Falle trat nach der Röntgenbehandlung eine Drüsenschwellung ein, welche vor der Behandlung nicht vorhanden war.

Terebinsky hält einen Vortrag: **Über den Mechanismus der Hautatrophie.** (Wird erscheinen.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 96, Heft 2 u. 3.

1. **Noch einige Worte über die Elimination des Quecksilbers nach der Injektion schwerlöslicher Quecksilberpräparate,** von Edvard Welander-Stockholm. Gegenüber den in Bürgis Laboratorium angestellten Untersuchungen von Frl. Ratner (*Archiv* 1908), dafs der Eliminationstypus für Hg bei Injektionen von Salicylquecksilber derselbe sei wie bei Thymolquecksilber und Kalomel, mufs W. absolut darauf bestehen, dafs das nicht der Fall ist. Sowohl Hg-Untersuchungen des Urins nach verschiedenen Methoden wie die Hyperämie an und um die makulösen Syphilide, die am ersten Tage nach der Injektion von Salicyl-Hg, aber nicht nach der Injektion von anderen schwerlöslichen Hg-Präparaten auftritt, zeigen, dafs die Hg-Absorption und Hg-Elimination nach Salicyl-Hg viel rascher vor sich geht als nach den genannten anderen Präparaten. Neuerdings vorgenommene Untersuchungen mit Röntgenstrahlen haben nun auch ergeben, dafs die nach der Injektion darstellbaren Schatten bei Verwendung von Salicyl-Hg bedeutend rascher sich verkleinern und verschwinden. Erklärbar ist das Verhalten des Salicylquecksilbers dadurch, dafs es in eiweifshaltigen Flüssigkeiten, in Körpersäften viel leichter löslich ist als die anderen Präparate.

2. **Beitrag zu anatomisch-pathologischen Veränderungen in gesunder Haut bei Lenigallol- und Eugallolwirkung,** von W. Kopytowski-Warschau. Histologische Untersuchungen nach experimenteller Verwendung der betreffenden Mittel in Salbenform zum Studium ihrer Wirkungsweise; Beiträge, wie sie der gleiche Autor schon für Resorcin, Pyrogallol usw. gebracht hat. Die Wirkung des Eugallols hat sich fast ganz gleich der des Pyrogallols erwiesen, nur die Zeichen der Entzündung sind noch mehr ausgesprochen, besonders im Epithel der Hautdrüsen. Ganz anders wirkt das Lenigallol, das in schwacher Konzentration eminent keratoplastische Wirkung besitzt, was sich weder vom Eugallol noch Pyrogallol sagen läfst. Aufserdem begünstigt das Lenigallol die Entstehung einer dickeren Körnerschicht und eine Anziehung des Pigments und Wanderung von Pigmentzellen aus den tieferen Hautlagen gegen die Oberfläche der Haut zu; doch ist diese letztere Wirkung schwächer als die des Resorcins und selbst des β-Naphtols.

3. **Histologische Untersuchungen über Parapsoriasis Brocq.** Ein Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Tuberkulide, von Giuseppe Verrotti-Neapel. Eine über fast den ganzen Körper symmetrisch verteilte Eruption bei einem zwölfjährigen Knaben mufste mangels aller Anzeichen bezüglich Lues als psoriasiforme Erkrankung angesehen werden. Da der gröfste Teil der Charaktere einer Parapsoriasis Brocq zutraf, entschlofs man sich zu dieser Diagnose. Histologisch war die Affektion als ein psoriasiformes papulo-squamöses Tuberkulid zu betrachten. Tuberkulinreaktion, Tierexperimente usw. — zur weiteren Feststellung des tuberkulösen Charakters der Affektion — wurden nicht vorgenommen.

4. **Über einen Fall von Naevus lichenoides albus colli,** von Joh. Fabry-Dortmund. Kasuistik. Handflächengrofse Affektion in der rechten Claviculargegend eines 27jährigen Patienten, die aus knötchenförmigen, an Lichen erinnernden, schneeweifs glänzenden Einzeleffloreszenzen zusammengesetzt war, während histologisch die Naevusnatur sich unzweifelhaft durch das Vorhandensein grofser Naevusnester auswies.

5. **Ein eigenartiger Fall von Naevus ad genitale et ad anum (Naevus xanthelasmoides),** von O. Müller-Dortmund. Bei einer 25jährigen Puella fand sich um Genitale und After eine in Form einer Acht sich ausbreitende gelbliche Verfärbung, die aber nicht flächenhaft war, sondern von einem leicht prominenten Infiltrat herrührte. Die ursprüngliche klinische Diagnose Xanthom mufste fallengelassen werden, als die histologische Untersuchung Naevuszellennester in allen Schichten der Cutis ergab.

6. **Über die Beziehungen des akuten Lupus erythematodes (Erythema perstans faciei) zur Tuberkulose,** von R. Polland-Graz. Ein neuer Fall der von Kaposi zuerst beschriebenen, äufserst seltenen Affektion: Ein tuberkulös belastetes, sonst gesundes Mädchen von 15 Jahren bekommt einen sich rasch ausbreitenden Lupus erythematodes des Gesichts, zu dem sich bald Fieber und Verschlechterung des Allgemeinbefindens hinzugesellt, sowie eine erysipelartige starke Schwellung des ganzen Gesichts. Während der Erysipelcharakter des Prozesses langsam abnimmt, tritt das Bild des Lupus erythematodes mehr hervor; das Allgemeinbefinden geht weiter zurück, zu dem anhaltenden Fieber tritt starke Abmagerung und Anämie, und nach wenigen Monaten geht das Mädchen unter den Symptomen einer allgemeinen Miliartuberkulose zugrunde. (Eine in den *Monatsheften* referierte Monographie über das gleiche Thema ist kürzlich von Pernet erschienen.)

7. **Über eine chronische verrukoide Dermatitis der unbedeckten Körperteile,** von P. L. Bosellini-Bologna. Ein fünfter Fall (die vier vorhergehenden sind in italienischen Blättern veröffentlicht) einer bei Personen fortgeschrittenen Alters, die mit Handarbeiten beschäftigt sind, an unbedeckten Teilen, besonders den Händen, auftretenden Pyodermitis, der B. auf Grund verschiedener klinischer Charaktere eine Sonderstellung zuweisen möchte. Abbildung.

8. **Über exsudative Mastzellen,** von E. Klausner und E. Kreibich-Prag. Im Blaseninhalt von Dermatitis herpetiformis Duhring, Ekzem, Scabies, Vesikansblasen und besonders bei der percutanen Tuberkulinreaktion nach Moro fanden sich, wenn die Bläschen ganz jung und steril waren, sehr reichliche Mastzellen, die die Verfasser nicht als proliferierte Abkömmlinge der Cutismastzellen, sondern als exsudative Blutelemente ansprechen. In Schnitten zeigten die gefundenen Zellen deutliche Unterschiede von Cutismastzellen und konnten einwandsfrei im Inhalt der Gefäfse nachgewiesen werden.

9. **Experimentelle Beiträge zur Ätiologie und Pathogenese der Urticaria,** von Carl Bruck-Breslau. B. hält es mit Wolters für vorteilhafter, in den Begriff „Urticaria“ alle Erscheinungen einzureihen, die als Primäreffloreszenz die Quaddel

zeigen, als mit JARISCH nur diejenigen Erkrankungen der Haut als Urticaria zu bezeichnen, welche mit einer universellen Eruption von Quaddeln und mit heftigem Jucken einhergehen. Er macht den Versuch, alle Urticariaformen unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zu betrachten, und hält es für zweckmäfsig, die Urticaria in eine endogene und exogene einzuteilen. „Es wäre dann als exogene Urticaria diejenige zu verstehen, die durch jene mechanisch-toxischen Insulte (Insektenstich, Brennnessel usw.) erzeugt wird, Einflüsse, die zwar einen „spezifischen“, aber von der individuellen Disposition sehr abhängigen Effekt auszulösen vermögen. Als endogene Formen wären dann alle die zusammenzufassen, die zwar durch exogene Momente hervorgerufen werden können, die aber stets innere Körperanomalien, oder wenn wir es ganz allgemein ausdrücken wollen, „Umstimmungen“ im Organismus biophysikalischer oder -chemischer Natur voraussetzen“ (Idiosynkrasien, Stoffwechselstörungen). „Als Übergangsformen wären dann schliefslich die Urticaria factitia und die Kälte-Urticaria einzureihen. Diese haben stets eine exogene Gelegenheitsursache und ein endogenes Moment zur Bedingung, nämlich den mechanischen oder thermischen Reiz einerseits und die angeborene oder erworbene Labilität des Nervensystems andererseits.“

In diesem Sinne sucht sich B. über die Ursache der Urticaria und über das Zustandekommen der anatomischen Erscheinung der Urticariaquaddel klar zu werden. Die beiden, getrennt oder gemeinsam wirkenden Faktoren, die Reizwirkung einerseits und die Labilität des Gefäfsnervensystems andererseits, behält auch er bei, um so mehr als er imstande ist, experimentelle Beweise dafür beizubringen, dafs auch gewisse, von dieser Erklärung anscheinend nicht umfafste Urticariaformen hierher gehören. Es sind diejenigen Eruptionen, die durch Stoffe hervorgerufen werden, welche nicht als „Gifte“ angesprochen werden, z. B. Erdbeeren, Krebse, gewisse Fleischarten usw. Zur Theorie WOLFF-EISNERS einer Überempfindlichkeit oder Anaphylaxie gegenüber körperfremdem Eiweifs erbringt er den experimentellen Beweis am Menschen, dafs die Urticaria ex ingestis in der Tat auf Anaphylaxiereaktionen beruht: er hat im Serum eines gegenüber Schweinefleisch mit Urticaria reagierenden Patienten einen spezifischen anaphylaktischen Reaktionskörper nachgewiesen, der imstande war, die typische Überempfindlichkeit auf normale Tiere zu übertragen!

Was das Zustandekommen der „Quaddel“ anlangt, so steht er auf Grund von Experimenten am Tiere auf dem Standpunkt NEISSERS und KREIBICHS, dafs die Urticariaquaddel durch zentralen oder peripheren Nerveneinflufs entsteht, und nicht als „Entzündung“ aufzufassen ist, weil bei ihr eben das Charakteristikum der Entzündung, die zellige Emigration, fehlt.

10. **Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe, insbesondere bei Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Adnexe,** von MICHAEL CSIKI und EDUARD KUGEL-Klausenburg. Resultate der seit Jahren an der Klinik MARSCHALKÓS geübten Behandlungsmethode. Ausgehend von der Überzeugung (gleich MENGE), dafs eine isolierte Behandlung des Cervikalkanals kaum durchführbar ist, wird von vornherein die Behandlung auf das Cavum uteri ausgedehnt und wöchentlich zweimal mittels BRAUNscher Spritze 1 ccm einer 5%igen wässerigen Lösung von Natrium lygosinatum in das Cavum uteri deponiert. Hierdurch wurde in 70% Heilung erzielt in durchschnittlich 39 Tagen. Eine aszendierende Erkrankung der Adnexe wurde beobachtet, aber nicht häufiger als die spontane Aszension bei Unbehandelten. In vielen Fällen bildete sich auch die Adnexerkrankung zurück, da mit der Heilung der Uterusblennorrhoe die Infektionsquelle beseitigt wurde.

11. **Zur Kenntnis des disseminierten Spontankeloids,** von HEINRICH TRAWINSKI-Wien. Ein klinisch und histologisch ausführlich mitgeteilter Fall gibt dem Verfasser Gelegenheit, die gesamte Literatur und die darin verschiedentlich aufgeworfenen

Fragen eingehend zu beleuchten, besonders sich über die Unterschiede zwischen Narben und Spontankeloid zu verbreiten. Der bei der Entstehung des letzteren anzunehmende „Reiz“ ist seiner Natur nach vorläufig nicht feststellbar.

Band 97, Heft 1.

1. **Über Wert und Bedeutung der operativ-plastischen Lupusbehandlung** von Alfred Jungmann-Wien. J. bringt aus der unter Ed. Langs Leitung stehenden Wiener Heilstätte für Lupuskranke statistisches Material, nach welchem bisher 412 Kranke mittels der Methode der Radikalexstirpation behandelt und dabei 702 Lupusherde entfernt wurden. Von 291 Patienten, die revidiert werden konnten, hatten 262 ein vollkommen positives Resultat. Ohne den Wert der Lichtbehandlung herabsetzen zu wollen, ist dennoch der Operation ihr gebührender Platz bei der praktischen Durchführbarkeit einer Lupusheilung zu erhalten. Vom wirtschaftlichen Standpunkte interessant ist folgende Berechnung, die J. aufstellt: Für 90 Kranke, deren Lupus im Gesicht lokalisiert war und eine gröfsere Ausdehnung als Fünfmarkstückgröfse aufwies, betrug die Zahl der Verpflegungstage in toto etwa 3100, also pro Kopf ca. 30—35 Tage. Die hierfür auflaufenden Kosten machten etwa 7—8000 Kronen aus. Wären diese Kranken der Lichtbehandlung unterzogen worden, so hätte sich die Behandlungsdauer nach approximativer, aber immerhin noch sehr günstiger Schätzung auf ca. 15000 Tage meist mit mehreren Belichtungsstunden am Tage ausgedehnt und einen Kostenaufwand für Behandlung und Verpflegung von mindestens 150000 Kronen nötig gemacht.

2. **Klinische Ausführungen zur Kromayerschen Quecksilberlampe**, von Alfred Jungmann-Wien. Die Fernbehandlung mit der Quarzlampe ist eine reine Oberflächenbelichtung, die bei einer ganzen Reihe von Dermatosen ausgezeichnete Dienste leistet und da, wo stärkere Reize vermieden werden sollen, durch einen Blaufilter abgestuft werden kann. Eine nennenswerte Tiefenwirkung dagegen ist nur zu erreichen durch die Anwendung von Kompressorien, die am besten immer mit Blaufilter verwendet werden, um einen zu starken Oberflächeneffekt zu vermeiden. Dabei geht allerdings ein Vorzug der Lampe — Behandlungsmöglichkeit gröfserer Flächen — verloren, auch ist bei dieser Anwendungsweise die Dauer der Sitzung fast ebenso lange wie bei der Finsenbehandlung zu nehmen und die Reaktionen sind im Gegensatz zu Finsen fast immer schmerzhaft, aber man kann fraglos bei manchem Lupusfalle auf diese Weise Heilung erreichen. Bei einigermafsen tiefsitzendem Lupus indes ist der Finsenlampe, die sicherer und prompter wirkt, der Vorzug zu geben.

3. **Seltene Ursache von Blutungen aus der Urethra**, von Seifert-Würzburg. Zwei Fälle von andauernder, bis zur Anämie und Entkräftung führender Blutung, als deren Ursache endoskopisch Varicen im vorderen Teile der Harnröhre erkannt werden konnten, denen Verfasser mit galvanokaustischen Stichelungen erfolgreich beikam.

4. **Experimentelle und histologische Untersuchungen über Hautgewöhnung**, von Roberr Stein-Wien. Eine grofse Reihe von Tierexperimenten (vorgenommen in der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern), bei denen als irritierende Substanzen zur Erzeugung chemischer Reize Krotonöl, Chrysarobin usw., als thermische Noxen Chloräthyl und Kohlensäureschnee verwendet wurden. Aus den Ergebnissen ist folgendes hervorzuheben: 1. Es gelingt, Hautgewöhnung zu erzielen, wenn man das verwendete Irritans in allmählich ansteigender Konzentration verabreicht und hierbei jede makroskopisch sichtbare Dermatitis vermeidet. Diese Gewöhnung braucht nicht spezifisch, sondern kann auch gegenüber anderen Irritantien vorhanden sein, doch bleibt sie gegenüber derjenigen Noxe am längsten erhalten, an welche die Haut systematisch gewöhnt worden war. 2. Das anatomische Substrat der erhöhten Resistenz fand sich in proliferierenden Prozessen von Epithel und Bindegewebe und war mikroskopisch nachweisbar, bevor makroskopisch eine Dermatitis auftrat. 3. Aus dem Ablauf

16*

der Hautgewöhnung ist zu schliefsen, dafs nicht blofs anatomische Veränderungen, sondern auch lokale bis zu einem gewissen Grade spezifische Zellumstimmungen diesem komplizierten Vorgange zugrunde liegen.

5. **Experimentelle Studien über Keratohyalin, Eleidin und Parakeratose,** von Enzo Bizzozero - Turin. B. hat (ebenfalls in der Berner Klinik) experimentelle Untersuchungen darüber angestellt, ob Keratohyalin und Eleidin zur Bildung normaler Hornschicht beim Menschen unbedingt erforderlich sind, welche Bedeutung die Leukocytenauswanderung bezw. das Ödem für das Ausbleiben der Keratohyalin- resp. Eleidinbildung hat und inwieweit die pathologischen Prozesse, die wir an der Haut beobachten, das schon gebildete Keratohyalin und Eleidin in seinem Verhalten beeinflussen. Er fafst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

1. Bei der einfachen chemischen, durch Jodtinktur bedingten, wie bei der blasigen, durch Kälte hervorgerufenen, wie bei der traumatischen resp. Regenerationsentzündung erhält sich das normalerweise vorhandene Eleidin wesentlich besser als das Keratohyalin.

2. Unter eben diesen Bedingungen wird die Bildung von Keratohyalin und Eleidin aufgehoben, solange die Entzündung florid ist.

3. Bei der Regeneration der Hornschicht nach diesen Prozessen entsteht immer zuerst Keratohyalin, dann Eleidin und dann normale Hornschicht.

4. Das Auftreten von färbbaren Kernen in der Hornschicht erfolgt bei pathologischen Prozessen immer nach Sistierung der Bildung von Keratohyalin und Eleidin. Die Parakeratose ist durch das Fehlen dieser beiden Substanzen und durch die färbbaren Kerne in der Hornschicht charakterisiert.

5. Wo Keratohyalin unmittelbar unter färbbaren Kernen in der Hornschicht vorhanden ist, ist das dadurch zu erklären, dafs der krankhafte Prozefs gerade zum Stillstand gekommen ist, so dafs das Keratohyalin das Anzeichen für die wiederbeginnende normale Verhornung ist. Seiner Entstehung folgt dann unmittelbar die des Eleidins und der normalen Hornschicht.

6. Die Sistierung der Bildung von Keratohyalin und Eleidin bei den zu Parakeratose führenden Prozessen kann nicht oder nicht wesentlich durch die Leukocytenauswanderung bedingt sein, da diese bei den experimentell herbeigeführten Parakeratosen sehr oft fehlte.

7. Auch das Ödem resp. die Flüssigkeitsansammlung als solche kann nicht die Ursache der Parakeratose sein, da die letztere bei experimentell bedingtem starken Stauungsödem fehlen kann. Dabei bleibt aber die Möglichkeit bestehen, dafs die Durchtränkung des Rete mit entzündlichem Exsudat bei der Entstehung der Parakeratose eine wesentliche Rolle spielt.

6. **Weitere Untersuchungen über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Summereruption (nach Hutchinson)**, von S. Ehrmann - Wien. Der auf Lichtversuchen basierenden Meinung von E., dafs die kurzwelligen Strahlen des Spektrums die eigentümlichen Erscheinungen von Bläschenbildung und Nekrosierung an unbedeckten Körperstellen auslösen, hatte Scholtz widersprochen, da er bei seinen Versuchen fand, dafs die beschriebenen Phänomene nur dann auftraten, wenn mit der Lichteinwirkung das Gefühl des Brennens verbunden war, dafs also die langwelligen, besonders Wärmestrahlen, das Wesentliche darstellten. E. hat nun seine eigenen Versuche wieder nachgeprüft und mit verschiedenen Lichtarten bei einem Hydroapatienten experimentiert, und sieht sich genötigt, gegenüber Scholtz bei seiner Meinung zu bleiben.

7. **Über die klinischen Erscheinungen der cutanen Genesung. Klinische Genesung und histologische Genesung. Dermatitides silentes.** Untersuchungen,

von Carlo Vignolo-Lutati-London. Dafs das Schwinden der Effloreszenzen durchaus nicht immer einer Heilung im histologischen Sinne entspricht, weist Verfasser durch histologische Untersuchungen nach, die er bei drei Psoriasisfällen und je einem Falle von Lichen, Ekzem und Dermatitis polymorpha dolorosa chronica Brocq nach Abheilung der Prozesse vorgenommen hat.

8. **Über Gruppenstellung der Haare in weichen Naevis,** von Leonardo Martinotti-Bologna. M. hat bei systematischen Untersuchungen am Material der Klinik und Poliklinik zu Bern aufserordentlich oft Naevi mit Gruppen von zwei, auch drei Haaren gefunden und in sechs Fällen histologische Serienuntersuchungen vorgenommen. Er möchte die abnorme Haargruppenbildung als aus der Fötalzeit übernommen ansehen. *W. Lehmann-Stettin.*

The journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Januar 1909.

Kongenitale Alopecia als eine Erscheinung von Atavismus, von James Nevins Hyde-Chicago. Unter den verschiedenen Namen: Alopecia congenita, Hypotrichiasis, universelle kongenitale Atrichie usf. ist eine Gruppe seltener Fälle beschrieben worden, welche folgende Unterabteilungen aufweisen: 1. Komplettes, völliges Fehlen der Haare bei der Geburt, ohne dafs im späteren Leben dieselben nachwachsen (intrauterine Atrichie). 2. Universelle, kongenitale Hypotrichiasis, wobei bei der Geburt Haare in allen Körpergegenden vorhanden sind, aber später keine normale Entwicklung nehmen. 3. Vollständiges oder teilweises Fehlen von Haaren von Geburt an an ganz umschriebenen Körperstellen, wie behaartem Kopf, Augenbrauen, Pubes oder Achseln. 4. Allgemeines oder umschriebenes Fehlen der Haare bei der Geburt, von späterer normaler Haarentwicklung gefolgt. Schliefslich 5. Fälle, bei welcher eine oder alle der oben angegebenen Haaranomalien zugleich mit abnormen Zuständen in Haaren, Nägeln und anderen Organen vorkommen. Der Fall, welchen H. hier beschreibt und woran er eine zusammenfassende Darstellung dieser relativ seltenen Hautanomalie anschliefst, betraf einen 14jährigen Knaben, bei welchem die Kopfhaare steif sind und nicht länger wie 1 cm jemals wurden, Veränderungen der Fingernägel, eine Exostose am Fufse (Os calcaneum) und Vergröfserung der Schilddrüse vorhanden sind. Aus einem weiteren Falle, wo Syndaktylie zugleich mit Atrichie vorhanden war, kommt H. zu dem Schlusse, dafs es sich wohl bei diesen und ähnlichen Zuständen um Entwicklungsfehler und eine Art Atavismus handelt.

Studium über Aknitis mit Bericht über einen ausgedehnten Fall, von Jay Frank Schamberg-Philadelphia. Der Fall, welchen Sch. beobachtete, betraf einen 30jährigen Mann, bei dem die Hautveränderungen aus Papeln und Tuberkeln in Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse bestehen, über das ganze Gesicht verbreitet sind, aber Tendenz zu Gruppierung, die besonders dicht am Kinn und im Schnurrbarthaar ist, zeigt. Die Farbe der Hautaffektionen ist eine braunrote, eine Anzahl derselben scheinen Neigung zu zentraler Nekrose und Eiterung um die Haarfollikel herum zu haben, wenn auch keine ausgesprochenen Pusteln vorhanden sind. Das Aussehen des Patienten ist ähnlich wie bei mäfsigem Blatternausschlage und kann er sich auf der Strafse nicht sehen lassen, ohne Aufsehen zu erregen. Die Anzahl der Eruptionen betrug im Höhestadium der Krankheit 495, aufser im Gesicht waren nur ein paar Papeln am Penis und an der Rückenfläche der Hände aufgetreten; dieselben vergingen rascher als jene im Gesicht und ohne zu Nekrosis zu führen. Unter geeigneter Behandlung — anfangs Waschungen mit schwacher Resorcin-, dann mit Schwefel-Zinklösung, später 1:1000 Sublimat, innerlich Salol in Dosen von 0,3 g, reichlicher Ernährung mit Milch

und Eiern — ging der Ausschlag im Verlauf von etwa zwei Monaten fast vollständig zurück. Die Dauer der Affektion war in diesem Falle im ganzen etwa sieben Monate, in anderen Fällen ein bis vier Jahre. SCH. machte an seinem Patienten die Haut- und Augen-Tuberkulinprobe, welche ebenso wie die Überimpfung auf Meerschweinchen und die bakteriologische Untersuchung negativ ausfielen. Von Akne vulgaris unterscheidet sich die Aknitis durch den wachsartigen Charakter, die Gruppierung, den indolenten Verlauf und die schliefsliche Nekrose, bei Syphilis sind die Eruptionen nicht auf das Gesicht beschränkt, ebenso bei Folliklis, welche die Mehrzahl der französischen Dermatologen als identisch mit Aknitis ansieht. Was die Ursache der Aknitis betrifft, so mufs sie nach dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft noch als unaufgeklärt angesehen werden. Mit CROCKER stimmt SCH. darin überein, dafs es sich keineswegs um ein Tuberkulid oder eine mit Tuberkulose in Zusammenhang stehende Affektion handelt. Der Charakter der Eruptionen, der Verlauf der Krankheit und das mikroskopische Bild lassen vielmehr ein parasitäres Granulom annehmen; dafs das ätiologische Agens noch nicht gefunden sei, liege wohl nur an mangelhafter Technik. SCH. zweifelt nicht, dafs es sich um eine Affektion sui generis hierbei handelt. Eine Anzahl Abbildungen (über den allgemeinen und histologischen Befund) vervollständigen seine Arbeit.

Beobachtungen über die Anwendung von Kohlensäureschnee (flüssiger CO_2), von JOSEPH ZEISLER. Während PUSEY in seiner ersten Mitteilung den Kohlensäureschnee beinahe ausschliefslich gegen Naevi und Warzen empfohlen hatte, dehnte Verfasser dessen Anwendungsgebiet weiter aus und erwähnt vor allem sechs Fälle von Lupus erythematosus, bei welchem sich das Mittel als ganz vorzüglich bewährte und in einem Falle eine einzige Applikation genügte, um das Leiden in zwei bis drei Wochen zum Verschwinden zu bringen. Bei Epithelioma (13 Fälle), wo ebenfalls oft eine Sitzung genügte (von einer Minute Dauer oder etwas länger), war das kosmetische Resultat ebenso vorzüglich wie nach erfolgreicher X-Strahlenbehandlung. Bezüglich der Naevi und Warzen kann Z. PUSLEYS Urteil nur bestätigen und findet er, dafs diese Methode allen anderen wegen des besseren kosmetischen Resultates, besonders auch der Elektrolyse vorzuziehen sei. Bei hartnäckigen Fällen von Keratosis palmaris, bei Ekzema induratum hat er den Kohlensäureschnee mit Erfolg angewandt und hält weiterhin Adenoma sebaceum, Keloid, Neurofibromatosis, Chloasma des Gesichts für geeignet zu dieser Behandlungsart. Dabei sind es vor allem zwei Faktoren, welche den Erfolg bestimmen: der Grad des Druckes und die Dauer der Applikation, welch letztere je nach der Intensität des Leidens fünf bis zehn Sekunden bis eine Minute beträgt. Ersterer kann nicht mathematisch bestimmt werden und ergibt sich mit der Übung. Z. hält es mit P. für sehr zweckmäfsig, den Schnee in geeignete Formen zu bringen, und wählte hierfür einen Ohrspiegel oder cylindrische Hartgummiröhren von verschiedener Weite.

Februar 1909.

Parapsoriasis: eine hartnäckige maculo-papulöse Schuppen-Erythroderme, mit Bericht über drei Fälle und den histologischen Befund, von WILLIAM THOMAS CORLETT. Zwei der von C. beschriebenen Fälle, Eingeborene im Alter von 35 und 55 Jahren betreffend, entsprechen den von UNNA, JADASSOHN und anderen beschriebenen makulös-squamösen Eruptionen, während der dritte Fall, eine 33jährige Italienerin betreffend, dem rein squamösen Typus zugehört und der klinischen Stellung nach zwischen Psoriasis und Ekzema seborrhoicum liegt. In dem ersten Falle war fast die ganze Körperoberfläche von roten papulo-squamösen Eruptionen bedeckt, im zweiten und dritten sind sie vor allem auf Extremitäten und Rumpf beschränkt, symmetrisch angeordnet. Leichtes Jucken nur in der Bettwärme vorhanden, sonst keine subjektiven

Symptome. Die ausführlichst beschriebenen histologischen Veränderungen ergeben das ausgesprochene Ödem und die leichte Lymphocyteninfiltration, wie sie auch von anderen Autoren angegeben wurden; überall sind die Venen der tieferen Coriumschichten verändert: die Endothelzellen an Gröfse und Zahl vermehrt, um die Venen herum eine ausgesprochene lymphatische Infiltration und Bindegewebsproliferation; die Nerven des tieferen Coriums sind ungewöhnlich prominent infolge von Verdickung der SCHWANNschen Scheide und Dilatation der perineuralen Räume. Läfst man die tieferen Coriumgefäfse aufser Betracht, so mufs die Parapsoriasis als ein Zustand angesehen werden, der durch Veränderungen degenerativen und regressiven Charakters bezeichnet ist. Bei wirklicher Psoriasis handelt es sich um einen progressiven Prozefs, der zu Hyperplasie der Epidermis führt. Bei Ekzema seborrhoicum und bei Lichen ist der pathologische Prozefs ein akut entzündlicher, durch vielkernige Leukocyten charakterisiert. Klinisch kann die Parapsoriasis viel Ähnlichkeit mit diesen Zuständen haben, durch das Mikroskop ist aber die Differenzierung sehr wohl möglich.

Mitteilung von Fällen: chronisches persistierendes Ödem des Gesichts; Elephantiasis; Elephantiasis nach Wassersucht; Folgen zu starker Röntgenbestrahlung bei Behandlung der Akne; Mykosis fungoides, von BURNSIDE FOSTER St. Paul, Minnes. Aus dieser mit den bezüglichen Abbildungen versehenen Kasuistik sei der Fall von Akne, der durch die vier Monate hindurch fortgesetzte Röntgenbestrahlung viel schlimmer im Aussehen wurde — Atrophie und Runzelung der Haut, grofse Anzahl von Teleangiektasien —, als er vorher war und eine ernste Warnung gegen das unterschiedslose Röntgenisieren bildet, hervorgehoben. Die Mykosis fungoides, eine 47jährige Frau betreffend, ist interessant durch das Heilergebnis durch X-Strahlen und innerlich As; lokal wurde aufserdem 1 : 1000,0 Kalium permanganicum vermittels Sprays appliziert und Patientin angehalten, möglichst viel in frischer Luft den direkten Sonnenstrahlen ausgesetzt, sich aufzuhalten.

Die Konjunktivalreaktion bei gewissen Hautkrankheiten, von JEROME KINGSBURY - New York. K. wählte zu seinen Untersuchungen vier Fälle von Lupus vulgaris, zwei von Lupus verrucosus, vier von Tuberkuliden (papulo - nekrotischen), sechs von Lupus erythematosus, elf von Psoriasis und zwei von Lepra, und kam zu dem Schlusse, dafs die Konjunktival-Tuberkulinprobe zweifellos ein sehr bedeutsames Hilfsmittel bei der Diagnose zweifelhafter Fälle von Lupus vulgaris und von Tuberkuliden des papulo-nekrotischen Typus ist.

Ein milder Fall von Sclerema neonatorum, von LOTTA WRIGHT MYERS-New York. Am dritten Tage nach der Geburt wurde bei dem Kinde weiblichen Geschlechts Härte der Haut und des subcutanen Gewebes über dem Gesäfs und Umgebung beobachtet, welcher Zustand dann auf Schultern, Nacken, Wangen und den ganzen Rücken sich ausdehnte. An diesen Stellen konnte die Haut nicht in Falten abgehoben werden und es blieben keine Eindrücke auf tiefen Druck. Alle Gelenke wurden steif gehalten und jeder Bewegung von Armen, Beinen oder Kopf heftiger Widerstand entgegengesetzt. Selbst im Schlaf wurde diese Zwangsstellung beibehalten. Die Lippen waren blafs, das Gesicht erschien wächsern, mit einem starren Ausdruck, die Temperatur war eine abnormale; der Allgemeinzustand wurde allmählich schlechter und das Kind starb am 25. Tage. Oedema neonatorum ist diejenige Affektion, welche der vorliegenden am meisten gleicht, ist aber weniger allgemein verbreitet, befällt die Unterextremitäten, die Haut hat dabei ihre natürliche Farbe und Elastizität und gibt auf Druck nach.

März 1909.

Tuberkulide in Beziehung zu allgemeiner Tuberkulose, von A. RAVOGLI. Die Tuberkulide, ihrer Natur nach erythematös-nodulär, mit Infiltration, welche in

eine sklerotische Narbenatrophie endet, werden bei Individuen, welche mit Tuberkulose der Lungen, der Drüsen, Gelenke oder Knochen behaftet sind, getroffen. R. unterscheidet mit anderen Autoren zwischen follikulären und erythematösen Tuberkuliden, von welch letzteren der Lupus erythematosus der Repräsentant ist. Die Anwesenheit von Tuberkuliden vermehrt nicht die Intensität der allgemeinen tuberkulösen Infektion, aber zeigt an, daſs dieselbe ernster Natur ist. In manchen Fällen können die Tuberkulide, speziell vom Typus des Erythema induratum, zu Ulcerationen führen; sie befallen zuweilen auch die Schleimhäute. Diese typischen Tuberkulide, wovon R. zwei Beispiele anführt und welche durch diffuse erythematöse Herde von braunvioletter Farbe oder papulöse Eruptionen verschiedenen Grades repräsentiert werden, sind schlieſslich noch zu unterscheiden von den atypischen Formen, wie Aknitis, Folliklis, Angiokeratome, welche man bei zu Tuberkulose disponierten Personen findet, aber nicht den Ausdruck einer allgemeinen Tuberkulose darstellen.

Ekzema der Zehen, von E. Wood-Ruggles-Rochester. Ekzema der Zehen scheint eine ziemlich seltene Hautaffektion zu sein. Was ihre Ätiologie betrifft, so dürften verschiedane Ursachen zusammenwirken. In allen (sechs) Fällen, welche R. beobachtete, handelte es sich um „Geistesarbeiter", und nach Besprechung aller Theorien kommt er zu dem Schlusse, daſs wohl eine Art kongenitaler Schwäche (der transversalen Zehenbogen) in Verbindung mit permanenter verringerter Lebensfähigkeit der Gewebe infolge von nervöser Überreizung eine plausible Erklärung für diesen Zustand abgebe. Derselbe entwickelt sich im allgemeinen langsam: Monate- oder jahrelang wird Patient bemerken, daſs die anstoſsenden Flächen der dritten, vierten und fünften Zehe, weniger oft der zweiten, sehr selten der groſsen Zehe, zeitweise Abschuppung zeigen. Die Abschuppung wird allmählich stärker, die Haut maceriert, Jucken und oft schmerzhafte Einrisse treten auf. Dann lassen, ohne erkennbare Ursache und oft selbst im Hochsommer, wenn die Schweiſsabsonderung eine sehr starke ist, die Erscheinungen vollständig nach, um nach mehr oder weniger langer Zeit von neuem wieder aufzutreten. Bezüglich der Behandlung ist das Wichtigste Reinlichkeit, dann möglichst Schweiſsabsonderung zu verhüten durch geeignete Fuſsbekleidung und Schuhe; lokal sah R. guten Erfolg von Fuſsbädern (zweimal täglich) in kaltem Wasser, gut Trocknen der Füſse und dann mit einer Kameelhaarbürste 10%ige Tannin- und 2%ige Salicyl-Alkohol-Lösung einreiben; letzteres Mittel kann auch prophylaktisch beim Auftreten von Juckgefühl zur Anwendung kommen.

Xanthoma multiplex, von James Mac Farlane Winfield. Bei dem vierjährigen Kinde trat die Eruption als saffran- und orangengelbgefärbte Geschwülstchen an Nacken, Schultern, Armen, Rumpf und Gesäſs auf; eingestreut zwischen diese war eine Anzahl brauner Fleckchen (Maculae) und einige wenige harte, glänzende rote Papeln; Gesicht, Kopf, Hände oder Füſse zeigten keinerlei Ausschlag, subjektive Beschwerden waren zu keiner Zeit vorhanden. Genauere, über nahezu ein Jahr ausgedehnte Beobachtungen des Falles zeigen, daſs die Eruptionen zuerst als eine erbsengroſse, braungefärbte Macula auftrat, einen Monat später an deren Stelle eine stecknadelkopfgroſse Papel sich entwickelte, dieselbe, hart, glänzend, dunkelrot, allmählich gröſser wurde und in etwa sechs Wochen ihre volle Entwicklung erreichte. Multiples Xanthom ist nach den nun vorliegenden Publikationen nicht mehr als seltene Krankheit anzusehen, da über 100 Fälle berichtet wird. Etwas mehr als die Hälfte derselben betrafen Erwachsene, bei drei Kindern war die Erkrankung eine angeborene. Gelbsucht war in dem vorliegenden Falle ebensowenig wie bei der Mehrzahl der von dem Leiden betroffenen Kinder vorhanden, bei Erwachsenen aber irgendeine Leberaffektion in über 50% der Fälle, wodurch zwar der Zusammenhang zwischen einer solchen und Xanthoma bekräftigt, aber noch keineswegs bewiesen sei. Aus den histologischen Befunden und

den klinischen Beobachtungen möchte Verfasser den Schlufs ziehen, dafs Xanthoma multiplex eine Hauterkrankung sui generis, eine gutartige Geschwulstbildung nicht entzündlichen Ursprungs und nicht identisch mit den zwei anderen Xanthomformen, dem Xanthoma palpebrarum und Xanthoma diabeticum, ist.

April 1909.

Cancer en cuirasse, von S. Pollitzer-New York. Diese Form von Brustkrebs, von Velpeau gerade vor 70 Jahren beschrieben, bildet eine der seltensten Formen dieser schrecklichen Krankheit, und es gibt sehr erfahrene Dermatologen und Chirurgen, welche niemals einen derartigen Fall gesehen haben. P. beschreibt daher einen solchen Fall, den er seit etwa zehn Monaten unter Beobachtung hat. Bei der 69jährigen Frau erstreckte sich das Leiden, als sie P. zum ersten Male sah, über den gröfseren Teil des Stammes von den Schlüsselbeinen bis zu den Pubes und von den Schultern bis nahe zum Kreuzbein. Die Haut war mit kleinen lichenoiden Papeln dicht besetzt und war sklerodermartig in ihrer ganzen Beschaffenheit, die Brüste haben allmählich an Gröfse zugenommen, aber ohne dafs ein palpabler Tumor vorhanden oder die Drüsen geschwollen waren; an der ganzen affizierten Haut war intensives Jucken vorhanden. Bei der ersten Untersuchung machte die Affektion den Eindruck eines diffusen, mit Lichen planus komplizierten Skleroderma. Im weiteren Verlaufe breitete sich die Affektion immer mehr bis gegen das Knie hin aus. Die histologische Untersuchung brachte keine Aufklärung über die wirkliche Ursache dieser Carcinome. Patientin starb drei Jahre nach Beginn der Hauteruption und ein Jahr, nachdem sie unter P.s Beobachtung kam. Während des letzten Monats ihrer Krankheit wurde sie ausgesprochen kachektisch und sehr schwach, gegen das Ende zu zeigte sie Erscheinungen von Gehirnhautkomplikationen, welche P. auf die progressive krebsige Intoxikation zurückführt. Sie starb, bevor ausgesprochene Zeichen von Visceralmetastasen vorhanden waren. Autopsie wurde nicht gemacht.

Cheilitis glandularis apostematosa, von S. Sutton. Zu den fünf zuerst von Volkmann (1870) und den vier von Purdon beschrieben Fällen fügt S. nun einen zehnten hinzu. Es handelt sich um einen 30jährigen Studierenden der Ingenieurwissenschaften, bei dem an der Mundschleimhaut je ein ovaler Plaque 2 cm hinter resp. 1 cm unter dem Mundwinkel von gelblicher Farbe und ohne Erhabenheit, die Unterlippe beträchtlich verdickt, steifer und weniger beweglich als normal und etwas evertiert war. Deren innere (Schleimhaut-) Fläche ist dicht besetzt mit den weit geöffneten Mündungen der erweiterten Schleimfollikel; auf Berührung ist auffallende Gefühllosigkeit vorhanden. Nimmt man die Lippe zwischen die Finger, so kann der Inhalt der hypertrophischen Drüsen ausgedrückt werden und erscheint in durchsichtigen, stecknadelkopfgrofsen, schleimigen Tröpfchen. Die X-Strahlen bilden offenbar ein ideales Behandlungsmittel für diesen Fall: auf sechs Sitzungen von je vier Minuten Dauer mit einer weichen Röhre (15 cm Entfernung) und sehr geringem Strom trat auffallende Besserung ein, der begleitende Rachenkatarrh, der als Ursache des Leidens angesehen wird, konnte jedoch keine Besserung aufweisen.

Die Behandlung der Verrucae plantares, von L. Sutton - Kansas City Ma. S. hat zwar nur vier Fälle dieser Art mit Kohlensäureschnee behandelt, aber die Erfolge waren so gute, dafs er diese Methode dringend für alle solche Fälle empfiehlt. Eine Kleinigkeit, eine Feder voll von der Substanz, wird 30—60 Sekunden lang auf die Mitte der Warze fest aufgedrückt, dies meist noch ein zweites Mal wiederholt und dann ein Streupulver, wie z. B. Borsäure, aufgelegt. Die Operation verursacht nur geringen Schmerz und ein Anasthetikum ist nicht nötig. In einem der Fälle S.s waren sieben ziemlich grofse (1:2—3 cm) Gebilde vergebens mit anderen Mitteln (Kürettage, Salpetersäure, Salicylsäure usf.) der Reihe nach behandelt worden und erst

die Applikation von Kohlensäureschnee brachte innerhalb drei Wochen bei dem 14jährigen Mädchen, welches dabei den Schulbesuch nicht zu unterbrechen brauchte, völlige Heilung.

Blastomykosis der Haut, Mitteilung von zwei Fällen, wovon einer mit Allgemeininfektion und tödlichem Ende, von Edwin H. Shields-Cincinnati. In dem einen der Fälle safsen die papillomatösen Exkreszenzen an den beiden Wangen, Armen und Schenkeln, waren mehr oder weniger mit Schuppen bedeckt und so dicht, dafs es unmöglich war, die Basis der Geschwulstmassen festzustellen. Die Krankheit nahm einen rapiden Verlauf, ging auf den Mastdarm über (Diarrhoe) und endete bei dem 45jährigen Patienten rasch tödlich (nach einer Gewichtsabnahme um 50 Pfund). In dem zweiten Falle, einem 53jährigen Manne, begann die Affektion mit einem „nicht zur Heilung kommenden“ Karbunkel an der linken Wange, nahm allmählich papillomatöse Gestalt an und ging auf Nase und Oberlippe über, ohne dafs aber die Eiterung auf hörte. In beiden Fällen hat erst die mikroskopische Untersuchung die Diagnose gesichert; im ersteren Falle war grofse Ähnlichkeit mit Syphilis vegetans oder Carcinom vorhanden.

Mai 1909.

Ein chronischer, juckender Papelausschlag der Achseln und Pubes; dessen Beziehung zu Neurodermatitis, von John A. Fordyce-New York. Patientin, 48 Jahre alt, Österreicherin, Mutter von acht Kindern, war niemals krank, hatte seit etwa 1½ Jahren den Ausschlag, der aus durchsichtigen, zarten Papeln von Stecknadelkopf- bis Kleinlinsengröfse, jede mit einem kleinen zentralen Pünktchen und einem weifslichen Pfröpfchen, bestand. Das Haar wurde nach dem Auftreten der Papeln trocken, spröde und fiel aus, an den Pubes war aber die Alopecie nur eine partielle und die Exkoriation der Papeln ausgesprochener wie in der Achselhöhle. Es war heftiges Brennen und Jucken vorhanden, so dafs die Nachtruhe gestört war, sonst keine subjektiven und Allgemeinerscheinungen. Histologisch war das Bild der Akanthosis und Parakeratosis, lymphocytische Infiltration um die Gefäfse und Knäueldrüsen vorhanden, die Schweifsdrüsen wurden als gesund befunden. Die Behandlung mit allen möglichen Mitteln war viele Monate hindurch wenig ermutigend, bis Patientin an die See ging und Seebäder bedeutende Besserung der subjektiven Beschwerden und der lokalen Affektion brachten. F. möchte diesen Fall unter die von Brocq beschriebene chronische, circumskripte Neurodermitis einreihen und als eine Varietät der Neurodermatitis, die wahrscheinlich toxischen Ursprungs ist, bezeichnen. Die beigegebenen (vier) Abbildungen geben ein vorzügliches Bild über den makroskopischen und mikroskopischen Befund.

Über den therapeutischen Versuch mit dermatologischen Mitteln, von Howard Fox-New York. F. hebt mit Recht hervor, dafs nicht nur günstige, sondern auch ungünstige Resultate, die man mit einem Mittel erzielt habe, veröffentlicht werden sollten und bringt hier 25 Fälle von Ekzema, die vorzugsweise mit Anthrasol resp. gewöhnlichem Teer behandelt wurden. Es zeigte sich ersteres viel weniger wirksam in der Behandlung mancher Ekzemformen wie die alten Teerpräparate. Es sei zwar anzuerkennen, dafs das Anthrasol ein sauberes Mittel sei, aber auf Kosten dieser durch chemische Prozesse bewirkten Sauberkeit sei es auch viel weniger wirksam wie die alten Teermittel, mit der „Verfeinerung“ der therapeutische Effekt, wenigstens bei subakutem und chronischem Ekzem, verringert worden. Das neue Mittel sollte daher als Salbe oder spirituöse Lösung auf der einen Körperhälfte, das alterprobte aber zugleich auf der anderen Seite vergleichsweise angewendet werden.

Juni 1909.

Allgemeine Aktinomykosis mit Bericht über einen Fall, von Henry Rockwell Varney-Detroit, Michigan. Aktinomykosis der Haut ist im Vergleich zu Schleimhaut- und Lungenerkrankung eine seltene Affektion, etwa 2 % aller Fälle von Aktinomykosis umfassend. Der Fall, welchen V. beobachtete, betraf einen kräftigen Mann, Schweden, bei dem sich innerhalb kurzer Zeit (etwa zehn bis zwölf Monate) eine grofse Anzahl Knoten (14) an Wangen und Nacken von verschiedener Gröfse gebildet hatten; alle secernierten aus einer oder mehreren Öffnungen eine sero-purulente Flüssigkeit, in welcher die charakteristischen weifsen, griesigen Granula vorhanden waren. Subjektive Störungen bestanden nicht, auch keine Schwellung der Drüsen, der Kiefer war verdickt infolge gleichzeitiger Erkrankung der Knochen. Die Erkrankung war auch klinisch leicht zu erkennen, zumal Patient die Gewohnheit hatte, Weizenkörner zu kauen, so oft er deren habhaft werden konnte, und sehr vernachlässigte Zähne hatte. Die Untersuchung der Lungen ergab an vielen Stellen Rasseln, Knisterrasseln und bronchiales Atemgeräusch, im Auswurf der Strahlenpilz, auch am Herzen Geräusche. Die mikroskopische Untersuchung der Absonderung aus den Geschwülsten an Hals, Nacken sowie einer weiteren am linken Bein ergaben zahlreiche Aktinomycesbündel. Patient zeigte unter geeigneter Behandlung einige Besserung, blieb aber späterhin aus.

Multiple Dactylitis syphilitica (Phalangitis heredo-syphilitica Hochsinger) **bei einem Kinde**, von Herm. G. Klotz-New York. Zur Kasuistik dieser hereditärsyphilitischen Knochenaffektion bringt Verfasser den Fall eines zehn Monate alten, vorzüglich entwickelten und kräftig aussehenden Kindes, bei dem die ersten Phalangen beider Zeigefinger, des linken Daumens und Mittelfingers mehr oder weniger verdickt waren ohne irgendwelche Veränderungen in der Haut und den übrigen Weichteilen; die Zeigefinger waren am meisten affiziert, um mehr wie das Doppelte im Umfange verdickt. Die zweite Zehe des rechten Fufses war ähnlich affiziert, die erste Phalanx beträchtlich verdickt, hier aber auch die Haut mitbetroffen, mit einem Schorf und Krusten bedeckt. Aufserdem war eine gummatöse, fluktuierende Geschwulst etwas oberhalb des linken Rippenbogens in der Mammillarlinie vorhanden. Die Behandlung bestand anfangs in Kalomelinjektionen (10 %ige Öl-Lanolin-Suspension), dann Inunktionen von Kalomelsalbe (Heyden), ca. 1/3 g pro Tag, und späterhin, als schon bedeutende Besserung vorhanden war, Einreibungen von Jothionöl (1:2). Die affizierten Finger sind nun frei beweglich, das Allgemeinbefinden des Kindes vorzüglich und seine Weiterentwicklung ist ohne die geringste Störung vor sich gegangen. Während Hochsinger die Phalangitis in einer grofsen Anzahl von Fällen gleichzeitig mit der ersten Hauteruption fand, war in dem vorliegenden Falle diese Koinzidenz als Frühsymptom der ererbten Syphilis nicht vorhanden, auch keinerlei Erscheinungen oder Stigmata von seiten der Eltern, so dafs Klotz hier eine Art hereditären Atavismus annimmt.

Ein Fall von Pemphigus, Tod im Kollaps, von Hermann G. Klotz-New York. Der 62 Jahre alte Patient hatte seit etwa zwei Monaten zuerst im Gesicht, dann an Brust und Rücken, Skrotum und an den Extremitäten einen Blasenausschlag, der keinerlei Jucken oder andere subjektive Beschwerden verursachte. Die Schleimhäute waren intakt mit Ausnahme des Septum narium, welches an der linken Seite eine Abschürfung, die mit einer dicken, den Naseneingang verlegenden Kruste bedeckt war, zeigte. K. gab innerlich Ichthyol (ein zu zwei Teilen Wasser, dreimal täglich 15—20 Tropfen), da er von Arsenik bei Pemphigus nie besondere Erfolge sah; die Eruption trocknete zwar an einigen Stellen ab, dehnte sich aber auf andere weiter aus und

zugleich bestand hochgradiges Schwächegefühl. Es wurden daher nun tonische Mittel neben der lokalen Applikation von Bor-, Karbollösung und Zinkoxyd gegeben. Der Zustand wurde immer schlechter, der Ausschlag immer ausgebreiteter, so daſs Patient flehentlich nach einem Bade verlangte. Nachdem er dasselbe ohne irgendwelche Zeichen besonderer Schwäche bestiegen, trat plötzlich Kollaps und Tod ein.

Fulguration — die lokale Applikation von Hochfrequenzströmen mittels einer spitzen Metallelektrode — deren Anwendung in der Dermatologie, von GEORGE M. MACKEE-New York. Der Apparat, welchen K. benutzte, besteht aus einer 12-Zoll-RUHMKORFF-Kohle, einem WEHNELT-Unterbrecher und einem PIFFARD-Transformer; gelegentlich wird letzterer mit einer statischen Maschine geladen. Die Elektrode soll aus Metall bestehen, sehr fein und vorne zugespitzt sein. Bei der Behandlung mit dieser Methode sollen, wenn immer möglich, aseptische Kautelen getroffen und die zu behandelnde Stelle mit einem leichten Verbande, speziell wenn beträchtliche Absonderung vorhanden ist, versehen werden. Ist der Patient auſserstande, Schmerzen zu dulden, so muſs Kokain oder irgendein anderes lokales Anästhetikum angewandt werden. Bei Karbunkel und Akne, verbunden mit indurierten Pusteln, ist die Fulguration von Vorteil, weil sie eine Abortivmethode darstellt und keine sichtbaren Narben hinterläſst, ebenso bei Rhinophyma oder hypertrophischer Rosacea, wo es aber angezeigt ist, einen mäſsigen Strom auf mehrere Sekunden oder über eine etwa zehnpfennigstückgroſse Stelle bei jeder Sitzung anzuwenden. Bei kleinen Keloiden und gewöhnlichen Narben ist die Fulguration von gröſserem Vorteil, während für ausgedehnte Keloide die X-Strahlen die Methode der Wahl bleiben; bei Lupus erythematosus und Tuberculosis verrucosa ist die Fulguration sehr wirksam, bei letzterer nach vorhergegangenem Kürettement. Kleine maligne und benigne Hautneoplasmen, Naevi, Warzen usw. können leicht durch eine Applikation des Hochfrequenzstromes zerstört werden. Von Hautepitheliomen wurde während der letzten zwei Jahre eine ganze Anzahl behandelt, gröſsere Tumoren zuerst kürettiert und dann die Basis mit einem starken Strom fulguriert, kleine Herde in einer Sitzung mit Fulguration allein zerstört. Manche Fälle von Ulcus rodens wurden in kombinierter Weise mit X-Strahlen und Fulguration (die indurierten Ränder) behandelt. Im allgemeinen hat KLOTZ den Eindruck, daſs der Hochfrequenzstrom bei Behandlung der Hautepitheliome zwar gewisse Vorteile hat, die Dauererfolge damit aber nicht gröſsere sind wie bei anderen Behandlungsmethoden.

Juli 1909.

Lymphangioma pseudoxanthomatosum, von WILLIAM S. GOTTHEIL-New York. Der von G. beobachtete Fall ist das Gegenstück zu dem einzigen, bis jetzt von THIBIERGE beschriebenen Fall dieser Art, betraf ebenfalls eine Frau in den dreiſsiger Jahren und hatte die nämliche Art des Beginns. Patientin, eine Russin, bemerkte vor etwa 13 Jahren an der Haut der Auſsenseite des linken Oberschenkels die ersten Effloreszenzen, welche allmählich an Zahl zunahmen, aber auf den Oberschenkel beschränkt blieben. Auf einer Hautstrecke von etwa 3³/₄ zu 2¹/₂ Zoll sind isolierte oder auch aggregierte, leicht erhabene, weiche, mehr oder weniger rundliche Geschwülstchen von Stecknadelkopfgröſse oder gröſser. Die Farbe derselben ist ausgesprochen gelb und ähnlich einem disseminierten Xanthom. An manchen Stellen sehen diese Gebilde wie lichenifizierte Haut aus, mit deutlicher Akzentuierung der Linien und Falten. Wiewohl Patientin über etwas Brennen und Jucken klagt, sind keine objektiven Zeichen des Pruritus vorhanden, ihr Allgemeinbefinden scheint vorzüglich zu sein. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Kombination eines oberflächlichen Lymphangioma mit Degeneration des elastischen Gewebes, was für das sogenannte Pseudoxanthoma elasticum DARIERS charakteristisch ist; die Elastindegene-

ration kann wohl eine sekundäre, von der Obstruktion der Lymphzirkulation durch das Lymphangiom bewirkte Veränderung sein. Mit drei bezüglichen Abbildungen.

Die Prinzipien und die klinische Anwendung der Wassermannschen Reaktion, von Homer H. Swift-New York. Swift gibt hier eine kurze Beschreibung der wichtigsten wissenschaftlichen Grundsätze, auf welchen die Wassermannsche Reaktion aufgebaut ist. Dieselbe beruht bekanntlich auf dem Bordet-Genouschen Phänomen der Komplementbindung durch Verhinderung der Hämolyse in einem bekannten hämolytischen System. Auf die Einzelheiten dieser Erscheinung, die Swift des näheren angibt, kann hier nicht eingegangen werden und seien nur einige der praktischen Schlufsfolgerungen angeführt. In den ersten zwei Jahren der Syphilis war die Reaktion in 70% der Fälle, vom 3. bis zum 30. Jahre in 50%, vom 30. bis zum 35. Jahre nach der Infektion in 11% und nur ausnahmsweise nach dem 35. Jahre positiv; mit diesen Zahlen sollen auch die autoptischen Befunde (Lesser) zusammenfallen. Die Reaktion hat auch dazu beigetragen, manche streitige Punkte bei den sogenannten Parasyphiliden aufzuklären; so gaben 100% der Fälle von allgemeiner Paralyse ein positives Resultat. Bei Kindern mit Symptomen von hereditärer Syphilis war die Reaktion fast in allen Fällen positiv. Von ganz besonderem Interesse ist die Reaktion im Zusammenhang mit der Behandlung: je intensiver die Behandlung (Inunktion und Injektionen), um so rascher verschwindet die Reaktion, das Wiederauftreten derselben soll nicht zu neuem therapeutischen Eingriff Veranlassung geben. Einige nichtsyphilitische Affektionen haben zwar ebenfalls positive Resultate gegeben, so vor allem Scharlach in etwa 50% der Fälle; Swift glaubt, dafs dies möglicherweise nur für die Spirochätennatur des Scharlacherregers spräche. Die Tatsache, dafs ein kleiner Prozentsatz ausgesprochener Syphilisfälle keine Reaktion geben, ist eben ein biologischer Vorgang, indem aus noch unbekannten Gründen nicht alle Individuen in gleicher Weise auf einen ähnlichen Reiz reagieren. Man findet auch Syphilis ohne Initialaffekt, ohne Roseola und in 3% der Fälle ohne Drüsenschwellung; damit sei ebensowenig Syphilis auszuschliefsen, wie mit fehlender Serumreaktion.

Über einige nach Bauchoperationen vorkommende Eruptionen, von Francis J. Shepherd-Montreal. Das Vorkommen von Hauteruptionen nach dem Bauchschnitte ist allen Chirurgen wohl bekannt, über deren Ursache war aber bis jetzt noch keine Klarheit vorhanden. Die Eruptionen waren verschiedenartigen Charakters, meist in stark juckender, Dermatitis scarlatina-artiger Form, gefolgt von Desquamation ohne Temperaturerhöhung oder Halsschmerzen, in anderen Fällen eine diffuse Papeleruption, intensiv reizend, welche den Körper einen oder zwei Tage nach der Operation bedeckte und eine Woche oder länger währte. Nach den Untersuchungen, welche Sh. vornahm und zu deren Illustrierung er acht Fälle anführt, steht es nun für ihn fest, dafs die billige, gewöhnliche gelbe (Schmier-? Ref.) Seife eine beträchtliche Menge Resin enthält und dieses die Ursache für die meisten Hautausschläge nach Bauchoperationen abgibt; in einigen Fällen kann auch der Äther die Ursache abgeben, aber Sh. hat gewöhnlich nur den einfachen erythematösen Ausschlag nach letzterem beobachtet. Seitdem er nun eine bessere (Castile-) Seife anwendet, hat er viel weniger Hautausschläge beobachtet.

Die Spirochaeta pallida, ihre leichte Demonstrierbarkeit und ein kurzer Überblick über ihre Geschichte, von Udo J. Wile-New York. W. zieht allen zur Färbung der Spirochäten empfohlenen Methoden die Giemsasche vor, mit welcher er durch Eintauchen der Präparate auf eine Stunde vortreffliche Resultate hatte; gelingt die Färbung mit Giemsa nicht, so kann man zuweilen, wenn auch nicht immer, mit Viktoriablau oder Gentianaviolett Erfolg haben. Bezüglich der Gewinnung des Untersuchungsmaterials hält W. die gewöhnliche Art, die affizierte Stelle mit einem

Skalpell oder anderem scharfen Instrument abzuschaben, für wenig empfehlenswert, sondern viel besser die Anwendung einer kleinen Bierschen Saugglocke, wie es auch Hoffmann selbst empfohlen hat und womit man eine genügende Menge Serum erhält. Zur Übertragung des Materials auf das Deckglas empfiehlt er auch statt der so allgemein gebräuchlichen Platinöse eine Platinnadel, deren Ende schaufelartig ausgezogen ist und womit man gerade die richtige Menge Serum erhält. Bei Ausstrichen aus dem Mund mufs die Spirochaeta dentium differenziert werden, die Unterscheidung von der Spirochaeta balanitides und refringens bei den Genitalien entnommenen Ausstrichen ist eine leichte. W. hält es für sehr leicht, sich die Technik der Spirochätenfärbung anzueignen, ebenso vermittels der Dunkelfeldbeleuchtung die Untersuchung der Präparate und andererseits in zweifelhaften Fällen (von Schanker oder Hautausschlag) für so wichtig, dafs der Praktiker dieses Mittels sich nicht entschlagen sollte, um sich viele Stunden von Zweifel und Bangen zu ersparen. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 7.

Über eine neue Form der Diskomykosis cutanea, von P. Ravaut und Pinoy. Der Fall, über den die Verfasser berichten, bereitete einige diagnostische Schwierigkeiten. Der 45 jährige Patient bekam, ohne nosologische Vorgeschichte, eines Tages unter begleitenden Schmerzen am linken Arm und Unterschenkel kleine Knötchen, die sich bald auch an andern Körperstellen zeigten. Sie safsen meist subkutan, teils auch intramuskular, wuchsen in etwa zehn Tagen von Kirschkern- bis Taubeneigröfse, vereiterten und entleerten durch enge Fistelgänge einen bräunlichen, von Blutstreifen und Blutkrümelchen untermischten Eiter. Rings um diese Fistelöffnungen entstand ein weinheferoter Fleck von runder oder eiförmiger Gestalt, der sich scharf von der gesunden Haut absetzte. Auf diesen Herden wuchs ein rotes, weiches, schwammiges Gewebe, das auf Druck Blut entleerte. In seiner Mitte safs die Fistelöffnung, so dafs das ganze Gebilde ein kraterförmiges Ansehen hatte. Innerhalb der roten Vegetationen bemerkte man aufserdem noch kleine weifse Körnchen. Das ganze Gebilde blieb einige Wochen bestehen, bis unter einer energischen Jodkaliumbehandlung die Fistel zu sezernieren aufhörte und sich schlofs, Granulationen und weifse Körnchen verschwanden und nur noch eine bräunliche, narbenartige Stelle zurückblieb. — Aufser diesen Hautsymptomen bekam Patient noch eine Periostitis am rechten Unterschenkel, die ausgekratzt wurde, und eine Entzündung des rechten Fufsgelenks, die einen ernstern chirurgischen Eingriff, eine Entfernung des Astragalus, nötig machte.

Die Deutung dieser Krankheit verursachte anfangs viele Schwierigkeiten. Das Serum des Patienten agglutinierte wohl das Sporotrichum Beurmanni, dieser Pilz liefs sich aber im Eiter und Gewebe nicht nachweisen. Da aber das Serum von Patienten, die von einem, zur Aktinomykosengruppe gehörigen Mikroorganismus heimgesucht sind, das Sporotrichum Beurmanni agglutiniert, so folgten die Verfasser diesem Fingerzeig und fanden schliefslich einen dem Strahlenpilz verwandten Diskomyces, der sich aber doch in mehreren Punkten von dem Diskomyces Israeli unterscheidet. So entwickelt er sich langsamer als dieser, erst in zehn, anstatt in fünf Tagen, gedeiht auch an der Luft, entwickelt im Gegensatz zu diesem nur weifse Körnchen im Blut, ist für Affen, Kaninchen, Meerschweinchen, weifse Ratten ganz unschädlich, usw. Es gibt demnach verschiedene Formen der Aktinomykose.

Über das gegenwärtige Verhalten der Trichophytie in der Provinz Parma, von G. B. Dalla Favera-Parma. Als Material für die folgenden Mitteilungen dienten

144 Fälle, die der Verfasser im Laufe von 16 Monaten aus kleinen Familienepidemien und vereinzelten Fällen der Stadt Parma und deren Umgebung zusammengestellt hatte. Bei diesen 144 Fällen handelte es sich 52mal um Trichophytie der Kopfhaare, 58mal um Sykosis, 28mal um Trichophytie der Haut und 6mal um Onychomykosis.

Verfasser konnte acht verschiedene Varietäten des Trichophyton ermitteln, und zwar das Tr. violaceum, Tr. acuminatum, Tr. cerebriforme, Tr. fumatum, Tr. rosaceum, Tr. regulare, Tr. gypseum und Tr. faviforme. Die sieben erstgenannten Formen sind schon durch die Untersuchungen von Sabouraud bekannt. D. F. bestätigt in allen wesentlichen Punkten die Angaben Sabourauds über diese Pilze. Das Tr. faviforme ist zuerst von Bodin beschrieben. Auch in Bezug auf diese Form geht D. F. mit Sabouraud zusammen, der sie für ein echtes Trichophyton und nicht für eine Übergangsform zum Achorion hält. Im übrigen aber weichen die Befunde des Verfassers vielfach von denen des Pariser Forschers ab. Nach seinen Beobachtungen besteht zwischen den genannten acht verschiedenen Pilzformen nur ein morphologischer Unterschied; klinisch, d. h. durch die Symptome, die sie an den Haaren und auf der Haut bewirken, lassen sie sich nicht von einander abgrenzen; vielmehr ist jede von ihnen im stande, die verschiedenen Formen der Trichophytiasis (la peladoide herpide, den Herpes tonsurans, das Kerion Celsi, die Sykosis) hervorzurufen. Sabouraud dagegen steht auf dem Standpunkt, dafs man aus der klinischen Form einer Trichophytie ablesen könne, welche Trichophytonart ihr zugrunde liege. D. F. erklärt diese abweichenden Beobachtungen daraus, dafs S. in Paris es mit grofsen Epidemien von Trichophytie zu tun habe, und dafs wohl bei ausgedehnten Epidemien jede Trichophytonvarietät infolge des mehrmaligen und ausschliefslichen Übergangs von Mensch zu Mensch einen spezifischen und ständigen Charakter erlange. Auch in bezug auf die Trichophytie der Haut vertritt Verfasser eine von S. abweichende Ansicht. S. nimmt auch für diese Dermatose spezifische Trichophytonformen an, die nur auf der Haut wachsen, die Haare aber in Ruhe lassen; D. F. dagegen gesteht eine solche Spezifität nur dem Erreger des Ekzema marginatum Hebra zu, die andern Trichophyten dagegen bleiben nicht auf die Epidermis beschränkt, sondern greifen auch die Haare an. — Auch über die Endothrix- und Ektothrixnatur der verschiedenen Trichophyten trägt Verfasser eine abweichende Ansicht vor.

Der inhaltreichen Arbeit ist eine Farbentafel beigegeben.

Zur Radiotherapie des Herpes tonsurans, von R. Sabouraud. In dieser Arbeit tritt S. lebhaft für die Röntgenbehandlung des Herpes tonsurans und der verwandten Haarkrankheiten ein. Die schädigenden Wirkungen, die dieses Heilverfahren angeblich haben soll, sind teils überhaupt nicht vorhanden, teils bei richtiger Handhabung der Technik vermeidbar. Gar nicht zu befürchten sind nachteilige Einwirkungen auf das Gehirn. Es liegen nur ganz wenige, dahingehende Beobachtungen vor, die aber einer ernsten Kritik keinen Stand halten; S. selber hat in einer fünfjährigen Praxis bei seinem riesigen Material niemals eine ungünstige Beeinflussung des Gehirns erlebt. Die Radiodermitis mit nachfolgender dauernder Kahlköpfigkeit ist bei geeigneter Technik, über die S. sich ausführlich verbreitet, sicher zu vermeiden. Ebenso ist auch die Alopecie ohne vorhergehende Radiodermitis bei genügender Erfahrung und Umsicht nicht zu befürchten. Eine Idiosynkrasie mancher Patienten gegen die X-Strahlen anerkennt S. nicht.

Ein Fall von Sklerodermie mit Veränderungen der Kopfhaut, während die Haare unversehrt bleiben, von G. Rouvière. Bei dem 52jährigen Patienten, der seit Oktober 1908 an chronischer, fortschreitender Sklerodermie litt, fühlte sich die Kopfhaut bretthart an; der sehr üppige Haarwuchs blieb dabei unverändert; nur

gibt Patient an, dafs die Haare seit Beginn der Krankheit noch dunkler geworden seien. Durch Schwefelbäder und Schilddrüsenextrakt wurde Besserung herbeigeführt; ob auch die Kopfhaut weicher wurde, wird nicht gesagt. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 5.

Über „Adénopathies non chirurgicales", von L. Batut. Unter „Adénopathies non chirurgicales" versteht Batut die tuberkulösen, die infektiösen und die venerischen Drüsenentzündungen. Er bespricht, unter Anschlufs von siebzehn Krankengeschichten, deren Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten (Exstirpation, Radiotherapie, Biersche Stauung usw). Warum er diese Drüsenentzündungen „non chirurgicales" nennt, ist nicht recht ersichtlich, da er mehrfach auch chirurgische Eingriffe empfiehlt.

Ménrau setzt seinen Artikel über **die Mikrobiologie der Syphilis** fort und berichtet über alles, was seit Februar 1907 über die Spirochaeta pallida, über ihr Vorkommen und ihre Eigenschaften bekannt geworden ist. Der Bericht reicht bis zum Juni 1908. *Türkheim-Hamburg.*

Sexual-Probleme.

(Der Zeitschrift Mutterschutz neue Folge.)

Oktober bis Dezember 1908.

Über sexuelle Träume, von L. Loewenfeld.

Hermaphroditismus beim Menschen, von Max Marcuse. Im neuen D. G. B. G. ist die Existenz von Zwittern nicht erwähnt. Der dieser Bestimmung zugrunde liegenden Auffassung widerspricht die Tatsache, dafz es Individuen gibt, bei welchen die Geschlechtsdrüsen vollkommen fehlen. Neugebauer konnte zwölf derartige Fälle aus der Literatur ausfindig machen.

Zum Thema der sexuellen Abstinenz, von H. E. Schmidt. Autor wendet sich gegen das in einigen von der D. G. B. G. empfohlenen Vorträgen übertriebene Moralisieren und Fordern einer absoluten sexuellen Abstinenz. Der für den Arzt mafsgebende Standpunkt soll das Bestreben sein, den aufserehelichen Geschlechtsverkehr möglichst gefahrlos zu gestalten.

Januar und Februar 1909.

Das Sexualleben der Alkoholisten, von Karl Birnbaum.

Darwins Bedeutung für die Sexualwissenschaft, von K. F. Jordan.

Noch einige Bemerkungen zur sexuellen Abstinenz, von P. Näcke. Autor tritt im allgemeinen für die sexuelle Abstinenz ein, aber nur aus hygienischen Gründen, um die Ansteckungsgefahr zu vermeiden. Im Gegensatz zu Nyström hält er die Häufigkeit eines eventuellen Schadens durch Abstinenz für gering, ohne ihn jedoch absolut zu leugnen.

April 1909.

Die Zukunft der Syphilis, von E. Finger. Nach Fingers Ansicht gab es Syphilis in Europa schon lange vor der Entdeckung Amerikas. Aussichten auf ein spontanes Milderwerden und Schwinden der Syphilis bestehen nicht, wohl aber durch zielbewufstes Handeln der Ärzte bei weitgehender Unterstützung des Publikums.

Arthur Schucht-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Männlicher Geschlechtsapparat. Spezielle pathologische Anatomie, von Prosektor Dr. M. Simmonds-Hamburg. Mit 31 Figuren im Text. Pathologische Anatomie. Herausgegeben von L. Aschoff-Freiburg i. Br. Zweiter Band. XI. (Gustav Fischer, Jena 1909.) Der ausgezeichnete Hamburger Pathologe gibt uns auf 36 Seiten in einer geradezu vorbildlichen Kürze eine Übersicht über die spezielle pathologische Anatomie des männlichen Geschlechtsapparates. Der deutschen medizinischen Literatur fehlt es an kurzen und dabei erschöpfenden, auf der jeweiligen Höhe der Forschung sich bewegenden Darstellungen. Wie oft hat sich Virchow über die Langatmigkeit der deutschen Arbeiten beschwert.

Wer wäre aber auch berufener als Simmonds für eine solche Übersicht. Der Autor hat selbst das einschlägige Gebiet so sehr bereichert. Erinnert sei an seine Arbeiten über die blennorrhoischen Veränderungen des Samenleiters (multiple narbige Atresien mit dazwischen liegenden Ektasien — Fortgang der Spermatogenese in dem abgesperrten Hoden), über die Lepra des Hodens, über die Tuberkulose der Genitalorgane u. a.

31 sehr gute und nach eigenen Präparaten des Autors gefertigte Abbildungen veranschaulichen den Text.

Aus der Fülle der Einzelbeobachtungen sei hier verwiesen auf die Atrophie und hyaline Wanddegeneration der Hodenkanälchen im mittleren und höheren Alter ohne direkt nachweisbare Ursachen (Zirkulationsstörungen?), auf die im Verhältnis zur spontanen Rückbildung nicht ganz leicht verständlichen schweren histologischen Veränderungen der blennorrhoischen Epididymitis, auf die Fibrosis testis, „deren Genese nach S. keine einheitliche ist“, da „ihr bald degenerative, bald produktive Entzündungen zugrunde liegen“. Auch S. betont die Schwierigkeit der histologischen Abgrenzung gewisser Spätformen der Hodentuberkulose von der Syphilis.

Hingewiesen sei besonders auch auf die sonst so stiefmütterlich behandelte Anatomie der Samenblasen.

In der Ätiologie der Prostatahypertrophie spielen nach S. entzündliche Vorgänge, besonders solche, die an Blennorrhoe sich anschliefsen, eine wichtige Rolle.

Der speziellen Pathologie des Penis sind kaum zwei Seiten gewidmet. — Für S. sind die spitzen Kondylome umschriebene Hypertrophien des Papillarkörpers mit Verlängerung und Verästelung der einzelnen Papillen. Diese Auffassung teilt Referent ganz und gar nicht. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Praxis der Harnanalyse, von Prof. Dr. Lassar-Cohn. (Vierte Auflage. Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1909.) Das von einem Chemiker verfafste Buch ist nach rein praktischen Gesichtspunkten gearbeitet und gibt für jeden pathologischen Bestandteil des Urins nur diejenige Reaktion, welche in der Praxis am leichtesten ausführbar ist und das sicherste Resultat gibt. Sehr wertvoll sind die Angaben, wie man sich die für Übungs- und Unterrichtszwecke nötigen pathologischen Harne künstlich darstellen kann. Die in einem Anhang behandelte Analyse des Mageninhalts ist zu kompendiös gehalten, insbesondere vermifst man Methoden zur quantitativen Säurebestimmung. *Gunsett-Strafsburg.*

Reinfectio syphilitica, von Felix John-Leipzig. (*Sammlg. klin. Vorträge.* Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1909.) Das Werk bietet, wie der Verfasser als Erweiterung

seiner Überschrift mitteilt, eine „Zusammenstellung, kritische Bewertung und statistische Ergebnisse von 356 in der Weltliteratur veröffentlichten Reinfektionsfällen nebst einer Sammlung von Meinungsäufserungen bekannter Autoren". Mit Recht sucht der Verfasser nur diejenigen Fälle von Reinfectio heraus, gegen die selbst die schärfsten Gegner der Reinfektion einen Einwand nicht erheben können. Derartige Fälle gibt es nur sehr wenige, denn sie verlangen zuerst Klarheit und Ausführlichkeit der Beschreibung als Vorbedingung, ebenso Beobachtung durch einen kompetenten Arzt. Und zwar müssen bei beiden Infektionen beobachtet werden ein zweifelloser Initialaffekt, multiple, spezifische Adenopathien zwei bis drei Wochen, Allgemeinerscheinungen, vor allem typische Roseola, acht Wochen nach der Infektion und womöglich Rezidive. Sehr wichtig sind für die Kritik der Reinfektionsfälle die Irrtümer, die als Quellen von Fehldiagnosen in Betracht kommen und einen Primäraffekt vortäuschen können, wie Balanoposthitis, Herpes, Chancre redux, Indurationen durch Kauterisation, Kankroide, Pseudochancres indurés und Gummen am Präputium (Syphilômes chancriformes Fourniers). Ferner können Pityriasis rosea, Lichen, Psoriasis, medikamentöse Exantheme und die Tertiärerscheinung der Roseola tardiva leicht zu Verwechslung mit sekundären Symptomen Anlafs geben. Von den in Ausführlichkeit wiedergegebenen 356 Krankengeschichten scheidet der Verfasser zunächst 34 aus, die Hereditär-Luetische betreffen. Unter den übrigen 322 Fällen halten

1. 119 = 36,95% jeder Kritik stand, d. h. es handelte sich bei jeder Infektion um Primäraffekt, Drüsen und Konsekutiverkrankungen und sie genügten auch den übrigen oben erwähnten Forderungen.

   Von den übrigen hatten

2. 71 = 22,04% Primäraffekt, Konsekutiverscheinungen ohne Drüsen,
3. 3 = 0,93% Konsekutiverscheinungen mit oder ohne Drüsen, ohne Primäraffekt,
4. 49 = 15,21% Primäraffekt und Drüsen,
5. 71 = 22,04% nur Primäraffekt.

Diesen Gruppen reiht der Verfasser 9 = 2,79% Fälle an, die wegen allzu mangelhafter Berichterstattung nicht rubriziert werden konnten. Dann folgen die 34 Fälle, in denen die erste Infektion eine hereditäre war und die sich, wenn wir die obige Reihenfolge der Gruppierungen beibehalten, folgendermafsen verhalten:

1. 13 = 38,23%,
2. 8 = 23,52%,
3. 3 = 8,82%,
4. 3 = 8,82%,
5. 3 = 8,82%.

Er fügt aber hinzu, dafs bei diesen hereditären Fällen eigentlich kein einziger Fall absolut beweiskräftig ist. Die Betrachtung seines ganzen Materials führt den Verfasser dann noch zu einer Reihe von Folgerungsschlüssen, unter denen ich nur hervorheben möchte, dafs die Reinfektion kein Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis ist, solange die Behauptung, dafs sie bei dem Vorhandensein von Tertiärerscheinungen vorkommen kann, nicht widerlegt ist, dafs die Schwere der Reinfektion im umgekehrten Verhältnis zur Widerstandsfähigkeit des Patienten und im geraden Verhältnis zur Schwere der ersten Syphilisinfektion steht. *Gunsett-Strafsburg.*

Das Insekt und die Infektion. Naturgeschichte und medizinisches Verhalten der pathogenen Arthropoden (L'insecte et l'infection, histoire naturelle et médicale des arthropodes pathogènes), von Raphael Blanchard. (Band I: Acariden. Paris 1909. Librairie scientifique et littéraire. 4 Rue Antoine-Dubois.) Das Buch bildet auf 160 Seiten eine ausführliche Monographie derjenigen Acariden, welche als Übertrager ansteckender Krankheiten bekannt sind. Sie gehören alle in die Familie

der Ixodidae. Das Werk enthält einen morphologisch-anatomischen, einen entwicklungsgeschichtlichen und biologischen und einen systematischen Teil, letzterer mit reicher Illustration. Die Ixodidae zerfallen in 14 Untergattungen und diese wieder in eine ungeheure Anzahl von Spezies. Die eine Untergattung der Argasinae sind die Übertrager von Spirochätenerkrankungen, eine andere, die Ornithodori, übertragen in Indien eine Form der perniciösen Anämie. Ich hebe nur diese Details hervor. Weiteres mufs im Original nachgelesen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste, von Otto Aichel-Santiago. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1908.) Eine recht interessante, rein theoretische Studie. Autor behauptet, dafs die normale somatische Zelle durch Amphimixis mit einem Leukocyten die maligne Zelle liefert, aus der durch Zellteilung eine maligne Geschwulst hervorgeht, während die somatische Zelle aus sich selbst nur imstande sein kann, eine gutartige Geschwulst zu liefern.

Arthur Schucht-Danzig.

Syphilis, von Felix Malinowski-Warschau. 1908. (Mit 50 Textbildern und 30 dreifarbigen Tafeln.) Das vorliegende 363 Seiten starke Werk stellt das erste Lehrbuch der Syphilis in der polnischen Literatur dar. Es ist ein elegant ausgestattetes, auf der Höhe der Wissenschaft stehendes Buch, das dem rührigen und verdienstvollen Redakteur der ersten polnischen Zeitschrift für Dermatologie und Syphilis alle Ehren macht. Sowohl die Textabbildungen, wie auch die farbigen Tafeln fallen durch ihre ausgezeichnete Ausführung auf. Nach einem kurzen historischen Überblick und nach Besprechung der Morphologie der Spirochaeta pallida bespricht Verfasser nacheinander die drei Stadien der Syphilis, mit besonderer Bevorzugung der Affektionen der Haut und der Schleimhäute. Parallel mit der Beschreibung der klinischen Veränderungen schildert Verfasser eingehend die anatomischen Befunde. Diese Schilderungen tragen durchweg den Stempel der Originalität und basieren auf eigenen Untersuchungen des Verfassers.

Die neuesten Errungenschaften in der Syphilidologie werden überall entsprechend berücksichtigt. Auch die Wassermannsche Reaktion wird eingehend erörtert, wenn auch Verfasser auf Grund seiner eigenen, nicht überaus grofser Erfahrung sich etwas voreilig ziemlich ungünstig über den Wert derselben ausspricht. — Die verschiedenen Behandlungsmethoden der Syphilis werden vom Standpunkte der chronisch-intermittierenden Quecksilberbehandlung besprochen. Das Werk schliefst mit einem Kapitel über hereditäre Lues ab. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Zur Kritik der Schürmannschen Farbenreaktion bei Lues, von Schmincke und Stoerber-Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.)

Die Schürmannsche Methode des Luesnachweises mittels Farbenreaktion, von E. Meirowsky-Köln. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.)

Über den Wert der Farbenreaktion bei Lues, von Arnold Galambos-Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Die von Schürmann in einer vorläufigen Mit-

teilung beschriebene Farbenreaktion des Blutserums bei Lues ist nach den übereinstimmenden, zahlreichen Beobachtungen SCHMINCKES und STOERBERS wie MEIROWSKYS nicht spezifisch für Lues. Die drei Autoren stellten fest, daſs die Farbenreaktion bei einem groſsen Teil der Blutseren, die nach WASSERMANN positiv reagieren, nicht auftritt, während andererseits zahlreiche Seren, bei denen die WASSERMANNsche Reaktion negativ ist, die Farbenreaktion deutlich zeigen.

Nach den Untersuchungen von GALAMBOS hat die von SCHÜRMANN angegebene Farbenreaktion mit der luetischen oder nichtluetischen Beschaffenheit des Blutserums gar nichts zu tun; sie ist nichts anderes als die Oxydation des Karbols durch Perhydrol infolge der katalytischen Wirkung des $FeCl_3$. Wenn die Lösungen neutral reagieren, kommt die Reaktion zustande; sie bleibt dagegen aus, wenn die Lösungen sauer oder alkalisch sind oder wenn das Perhydrol durch vorhandene Blutkörperchen (unter Schäumen) zersetzt wird. *Götz-München.*

Wann soll die Behandlung der Syphilis beginnen? von G. MILIAN. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 10.) Die Behandlung der Syphilis soll in allen Fällen möglichst frühzeitig beginnen, d. h. sobald die syphilitische Natur eines Geschwürs festgestellt ist. Die bakteriologische Untersuchung und besonders der Gebrauch des Ultramikroskops ermöglicht diese Feststellung sehr rasch und mit absoluter Sicherheit, daher sollte das Ultramikroskop nicht nur bei Ulcerationen zweifelhafter Art, sondern auch bei Schankern, bei denen die klinische Diagnose unanfechtbar erscheint, benutzt werden. Durch eine frühzeitig begonnene, energische Quecksilberkur gelingt es nach den Erfahrungen M.s, das Auftreten der Sekundärerscheinungen zu verhüten, und damit ist auch die Gefahr, daſs tertiäre Prozesse sich einstellen, wesentlich vermindert.

Götz-München.

Die lokale Behandlung der sekundären und tertiären Syphilide. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 17.) Zusammenstellung einiger allgemein gebräuchlicher Rezeptformeln. *Götz-München.*

Kollargol bei malignen Syphiliden, von BROCQ. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 24.) BR. hat vielfach bei malignen, ulcerösen und pustulösen Syphiliden, bei denen es sich wahrscheinlich stets um eine sekundäre Streptokokkeninfektion handelt, durch Applikation von Kollargolsalbe Besserung oder Heilung erzielt, nachdem jede andere örtliche oder allgemeine Behandlung versagt hatte. Bei manchen derartigen Syphiliden wirkt Gebrauch von Quecksilber direkt ungünstig, indem der ulceröse Prozeſs unter dem Einfluſs des Quecksilbers phagedänisch wird; auch in solchen Fällen erzielt man mit Kollargol überraschend gute Erfolge. *Götz-München.*

Hydrargyrum oxycyanatum als internes Antisyphilitikum, von SCHULTE-Fulda. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) SCH. gibt seit zwölf Jahren als internes Antisyphilitikum bei luetischen Augen- und Ohrenkrankheiten, ebenso wie bei nichtspezifischen Affektionen, bei denen Quecksilberkuren indiziert sind, Hydrargyrum oxycyanatum und hat damit ganz vorzügliche Erfahrungen gemacht; das Mittel, das 85% Hg enthält, ist sehr wirksam und reizt, wie SCH. sich in mindestens 1000 Fällen überzeugt hat, weder Magen noch Darm noch Nieren. SCH. verabreicht pro die 0,03—0,06 in Form von Pillen, die stets auf vollen Magen genommen werden müssen. *Götz-München.*

Das Problem der Luesübertragung auf das Kind und die latente Lues der Frau im Lichte der modernen Syphilisforschung, von HANS BAB. (*Zentralbl. f. Gynäk.* 1909. Nr. 15.) Verfasser, der nicht mehr an dem Vorkommen einer latenten Lues der Frau zweifelt, charakterisiert ihre Besonderheiten folgendermaſsen: Die latente Lues des Weibes, hervorgerufen durch das Hineingelangen infektiösen Spermas eines Luetikers in die inneren Genitalorgane bezw. den Peritonealraum, bleibt meistens

an den inneren Genitalien und deren regionären Lymphdrüsen, bezw. am Peritoneum lokalisiert, führt manchmal jedoch zur Kachexie und Gelenkschmerzhaftigkeit und zu tertiären Symptomen, vielleicht auch zu Tabes und Paralyse. Ihr Bestehen bedingt eine Unempfindlichkeit für weitere Syphilisinfektion sowie das Auftreten WASSERMANNscher Antistoffe im Milch- und Blutserum. Sie ist wohl meistens nicht infektiös, wenngleich die Möglichkeit besteht, daſs Spirochäten in das Cervikalsekret gelangen und dasselbe infektiös machen. Sie kann auf die Frucht übergehen. Gesunde Kinder treten früher auf als sonst bei luetischen Müttern. Die luetischen Kinder einer latent Luetischen können von gesunden Vätern stammen. Eine günstige Beeinflussung durch Hg und Jodkalium ist anzunehmen. Etwaige Ausnahmen des COLLESschen Gesetzes könnten durch ein spontanes Erlöschen der latenten Lues erklärt werden oder auch so, daſs die latente Peritoneal- bezw. Drüsenlues der Frau eine Reinfektion der Haut zuläſst. *Haas-Hamburg.*

Experimentelle Studie über Syphilis; Morphologie der Spirochaeta pallida, von KRZYSTALOWICZ und SIEDLECKI. (*Extr. du Bull. de l'Acad. des sciences de Krakau.* März 1908. Universitätsbuchdruckerei.) Die Spirochaetae pallidae in den Syphilisprodukten der Affen haben die gleiche Fähigkeit, sich in Ruheformen umzuwandeln und sich der Länge nach zu teilen wie die beim Menschen gefundenen Spirochäten. Dieses beweist, daſs sie sich beim Affen nicht nur konservieren, sondern auch sich entwickeln, vermehren und alle Stadien ihrer Entwicklung durchmachen können. Zahlreiche Abbildungen der verschiedenen Entwicklungsformen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Spirochaeta pallida in den Läsionen der Tertiärperiode, von CHIRIVINO. (*Giornal. intern. d. scienze med.* XXXI., Heft 7.) Verfasser kommt auf Grund von Untersuchungen an 24 Fällen zu folgenden Schlüssen: Die Spirochaeta pallida kommt vor in den Späterscheinungen der Syphilis, man findet sie nicht auf Grund von Geschwüren oder in eitrigen Sekreten, dagegen im geschlossenen unerweichten Gummi mit dem Hauptsitz in den Wandungen der Gefäſse und den perivasalen Lymphräumen.

Haas-Hamburg.

Lues und Tuberkulose, von V. MÜLLER-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 1.) Die ursächliche Wechselwirkung der Tuberkulose und der Lues beobachtete Verfasser in 25 Fällen. In 17 Fällen traten nach der ersten groſsen Schmierkur klinische Erscheinungen der Tuberkulose auf. Selbst in 13 hereditären Fällen trat das Leiden unmittelbar nach Lues auf. Denn Lues schwächt die Widerstandsfähigkeit des Organismus, so daſs sich die Tuberkulose entwickeln kann. Der Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten ist kein Zufall. Die luetischen Tuberkulotiker werden schwerer und langsamer geheilt. Die Heilung kann beschleunigt werden, wenn die Patienten Sajodin oder Jodglidin nehmen. *Porosz-Budapest.*

Primärsklerose am linken unteren Augenlid, von E. IVÁNYO-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Sklerose mit positivem Spirochätenbefund. Vor dem linken Ohre haselnuſsgroſse Drüsen, die nach antiluetischer Behandlung verschwanden.

Porosz-Budapest.

Ein Fall von luetischer Reinokulation, von FR. VERESS-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 30.) Ein 16jähriger Knabe mit einer Sklerose auf der Oberlippe, mit geschwollenen Drüsen unterhalb des Kinns, akquirierte acht bis zehn Tage nach dieser ersten Infektion, die er sich beim Küssen eines Mädchens zugezogen hatte, eine neuere Infektion am Penis. Aus diesem Fall ist ersichtlich, daſs die Infektionsfähigkeit der Haut während der Inkubation noch eine Zeit lang erhalten bleibt.

Porosz-Budapest.

Zwei Fälle von unbewufster Syphilis in ungewöhnlicher Form, von Ayala. (*Giornal. intern. d. Scienze med.* XXXI., Heft 11.) Bei einer Frau von 39 und einem Mann von 45 Jahren, die anamnestisch noch sonst Zeichen von Lues boten, fand sich eine gummöse Infiltration des Unterhautzellgewebes am rechten Vorderarm, resp. an der rechten Halsseite, die auf Kalomelinjektionen glatt verschwand. Er macht auf die Schwierigkeit der Diagnose, besonders deren Wichtigkeit für den Chirurgen aufmerksam. Es genügte eine Kalomelinjektion, um dieselbe in acht Tagen sicher zu stellen. *Haas-Hamburg.*

Ein Fall von Spondylitis luetica, von D. Balàs und E. Brezooszky-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Ein 30jähriger Mann, der vor elf Jahren Lues akquirierte und 100 Inunktionen à 3 g und 21 Sublimatinjektionen und viel Jodkalium bekommen hat, fühlte bei Kopfbewegungen in den Halswirbeln plötzlich Schmerzen, die immer heftiger wurden und ihm in seinen Bewegungen hinderten. Zwischen den Schultern sind zwei hellergrofse ulceröse Syphilide. An der Halswirbelsäule ein eigrofser Gibbus, ein Tumor, welcher konsistent ist und nicht fluktuiert. Auch im Rachen ist ein hervorstehender Tumor, der in den Kehlkopf keinen Einblick gestattet, und auch die Umgebung des ganzen Gebietes ist infiltriert. Röntgenbeleuchtung zeigt zwischen dem dritten und vierten Wirbel die Processus spinosi wie arrodiert. Die Verfasser schöpften Verdacht auf Lues. Patient wurde nach luetischer Behandlung geheilt. Der bisher unbewegliche Kopf konnte sich wieder frei bewegen und auch der Tumor war beinahe vollkommen verschwunden. *Porosz-Budapest.*

Tabes ohne Lues im jugendlichen Alter, von K. Keller. (*Szemészeti Lapok.* 1909, Nr. 1, Beiblatt von *Bud. Orv. Ujság.*) Beschreibung eines Falles bei einem 17jährigen Jüngling mit beiderseitiger Ptosis, weiter unregelmäfsiger exzentrischer Pupille, die auf Akkommodation, Konvergenz nicht reagiert. Der Gang ist normal, Ataxie nicht vorhanden. Patellar- und Achillesreflex fehlten. Babinsky-Symptom fehlt. Wassermann-Reaktion negativ. Der Nachweis von Lues nicht gelungen. Deshalb vermutet Verfasser angeborene Disposition, die in solchen Fällen mit Lues oder auch ohne Lues auf krankhafte Einwirkung so reagiert. Dafs auch kein Irritationsstadium vorhanden war, ist daraus ersichtlich, dafs lanzinierende Schmerzen nicht aufgetreten sind. *Porosz-Budapest.*

Über die praktische Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion, von W. Hancken. (*Fortschr. d. Med.* 27. Jahrg., Nr. 4.) Untersucht wurden 202 Fälle Von diesen war: 1. Lues so gut wie ausgeschlossen: 28 Fälle —, positiv 2, 2. sicher luetisch infiziert: 90 Fälle —, positiv 67 = 74 %, 3. die Infektion fraglich: 84 Fälle —, positiv 23 = 27 %. Auf die verschiedenen Stadien verteilen sich die Fälle folgendermafsen: Primäraffekt 17, positiv 15; Sekundärstadium 52, positiv 40; Tertiärstadium 7, positiv 7; Spätperiode mit und ohne Symptome 20, positiv 13; Krankheiten des Zentralnervensystems (Tabes, Paralyse, Lues cerebrospinalis, Hemiplegie) 15, positiv 9; Lues hereditaria 3, positiv 3. *Haas-Hamburg.*

Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis, von Harald Boas-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Boas suchte die Streitfrage, ob der Reaktion ein Einflufs auf das therapeutische Handeln beizumessen ist oder nicht, dadurch zu entscheiden, dafs er eine Reihe von Patienten während längerer Zeit verfolgte und einen Teil derselben derart zu behandeln, dafs die Reaktion während jeder Behandlung schwindet und eine neue Behandlung institutiert wird, sobald eine positive Wassermannsche Reaktion wieder erscheint, während der übrige Teil nach dem gewöhnlichen Schema intermittierend ohne Rücksicht auf die Serumdiagnose behandelt wird. Die Vergleichung soll ergeben, welche Behandlungsweise die überlegene ist.

65 Frühsyphilitiker hatten nach der Behandlung — Reaktion. 62 von diesen hatten ein bis zwei Monate später wieder + Reaktion, darunter acht gleichzeitig Rezidiv. Von den restierenden 54 wurden 19 nicht behandelt und bekamen alle bis $1^1/_2$ Monate später Rezidive. Die übrigen 35 wurden bei + Reaktion sofort behandelt und blieben rezidivfrei.

Klinische Erfahrungen des Autors sprechen für die Wahrscheinlichkeit der Annahme, daſs + Reaktion Krankheit bedeutet.

Die Schluſsfolgerungen dieser bemerkenswerten Arbeit stützen sich auf Serumuntersuchungen bei 1345 Fällen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Beitrag zur Theorie und Technik der „Wassermannschen Reaktion" und zur Wertbemessung der geprüften Seren, von Ludwig Meyer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) Zusammenfassung: 1. a) Der aus syphilitischen Lebern mit Kochsalzlösung extrahierbare, die Wassermannsche Reaktion gebende Stoff ist ein schon normalerweise im Organismus vorhandener, in chemischer oder physikalischer Haftung befindlicher Körper, der durch die vitale Tätigkeit der Pallidae aus dieser körpereigentümlichen Haftung befreit, dadurch körperfremd und antigen wird.

b) Die Minderwertigkeit der alkoholischen Extrakte gegenüber den wässerigen erklärt sich aus physikalischen Gründen, aus den Figurationseigentümlichkeiten der Kolloidteilchen in alkoholischen Extraktverdünnungen.

2. a) Zur Ausführung der Reaktion ist ein guter wässeriger Luesleberextrakt Hauptbedingung.

b) Die Kontrolle mit Normalleberextrakt ist überflüssig. Ob die Summationskontrolle entbehrt werden kann, bedarf noch längerer praktischer Prüfung.

c) Bei Ausführung der Reihe mit der dreifachen Titerdosis eines Amboceptors, dessen Titer nach 20 Minuten im Wasserbade von 37° bestimmt wird, soll die Wertbemessung der Seren heiſsen:

stark	positiv	= +	(komplette Hemmung)	Lues
schwach	„	= ±	(inkomplette „)	Lues
negativ	„	= —	(keine „)	keine Lues."

In bezug auf die Deutung der inkompletten Hemmung als schwach positiv (Lues) ist doch wohl allergröſste Vorsicht geboten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Wassermannsche Reaktion bei Keratitis parenchymatosa und beim Infantilismus, von Pisani. (*Rivista crit.* Bd. X, Nr. 22.) Bei sieben Fällen von Keratitis parenchymatosa war bei allen die Reaktion positiv, ebenso in vier Fällen von Infantilismus vom Typus Lorain und einem Fall von Gigantismus.

Haas-Hamburg.

Die Anwendung der Wassermann-Reaktion in der Syphilisdiagnosis, von L. Török and B. Vass-Budapest. (*Bör-es bujakórtan.* Nr. 2. Beiblatt der *Orvosi Ujság.* 1909.) Die Wassermannsche Serumreaktion zeigt sich in einer solchen Quote der Syphilisfälle positiv, daſs in jenen Fällen, in denen sonstige Symptome den Verdacht der Syphilis erweckten, dieser Verdacht ganz auſserordentlich gestützt wird, in solchen Fällen aber, in denen sonstige Symptome fehlen, der Verdacht auf Lues erweckt wurde. Allein genügt dies aber nicht zur Feststellung der Syphilisdiagnose, weil man auch bei anderen Erkrankungen positive Wassermann-Reaktion sehen kann.

Der ätiologische Zusammenhang einer Krankheit mit Lues kann kaum festgestellt werden auf der Basis der Wassermannschen Reaktion, weil das zur Anwendung gebrachte Antigen kein Spezifikum ist, und weil die Reaktion bei anderen Erkrankungen auch positiv ausfallen kann. *Poroes-Budapest.*

Beitrag zur Untersuchung und kritische Betrachtungen über den praktischen Wert der Wassermannschen Serodiagnose bei Syphilis, von Cappelli von Gavazzeni. (*Rivista crit.* X, Nr. 28.) Positive Reaktion bei primärer Syphilis in 50% der Fälle, sekundärer 85%, bei latenter 65%, ferner bei einzelnen Fällen von Typhus, Malaria, Psoriasis, Lupus. *Haas-Hamburg.*

Wert der Wassermannschen Reaktion in der Praxis, von J. Gussmann und E. Neuber. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 29.) In zweifelhaften Fällen bekräftigt die positive Reaktion den Verdacht. Ex judantibus können wir auch diese Erfahrung machen. Wenn nach der Kur die Reaktion negativ wird, heifst es noch nicht so viel, dafs die Lues verschwunden ist. Sie hat nur eine die Anamnesis ergänzenden Wert. Für eine frühzeitige Diagnose ist die Spirochätenuntersuchung wertvoller. Im sekundären Stadium ist die Reaktion vollkommen überflüssig. Auf die Prognose kann daraus nicht gefolgert werden. Trotz negativer Reaktion sahen die Verfasser doch sekundäre Symptome auftreten. *Porosz-Budapest.*

Die Schürmann-Reaktion und Lues, von St. Posgay und K. Nemeth-Arad. (*Budapesti Orvosi Ujság.* Nr. 24.) Die Autoren nahmen die Reaktion in zahlreichen Fällen in der Hoffnung vor, dafs Lues schon zur Zeit der primären Läsion und auch in zweifelhaften Fällen sicher oder wenigstens annähernd diagnostiziert werden kann. Sie täuschten sich aber, denn die Schürmann-Reaktion hängt davon ab, ob zum Blutserum eine Blutzelle geraten ist oder nicht. Reines Serum ist immer positiv, blutiges Serum zeigt aber bald positives, bald negatives Resultat, je nachdem eine kleinere oder gröfsere Menge Blutzellen hineingeraten ist. Lues hat mit der Schürmann-Reaktion nichts gemein. Sie ist nur bei katalytischer Anwesenheit des Karbols des $FeCl_3$ eine mit Perhydrol gegebene Farbenreaktion, die das Serum nur insoweit verändert, dafs sich ein Niederschlag bildet. Sie ist nach den Verfassern in der Luesdiagnostik vollkommen wertlos. *Porosz-Budapest.*

Die Bekämpfung der Syphilis, von v. Engelmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Die Vorschläge gipfeln in den Forderungen: Durchführung der unentgeltlichen Behandlung der Syphilitischen in Stadt und Land, Reorganisation der Kontrolle und Behandlung der Prostituierten.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Grundlagen der biologischen Quecksilbertherapie der Syphilis, von Julius Citron. (*Med. Klinik* 1909. Nr. 3.) Verfasser studierte die Einwirkung der Quecksilbertherapie auf das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion und kam zur Überzeugung, dafs es in mehr als dreiviertel aller Fälle mit positiver Reaktion, gleichviel ob mit oder ohne Symptome, gelingt, durch die Quecksilberbehandlung die positive Reaktion zu vermindern und nahezu in der Hälfte der Fälle zum Verschwinden zu bringen.

Folgende Gründe sprechen nach Verfasser dafür, dafs die positive Wassermannsche Reaktion auf aktive Syphilis hinweist: 1. Das lange Bestehen der Reaktion bei fehlender oder unzureichender Behandlung. 2. Das Wiederauftreten der Reaktion bei jedem Rezidiv. 3. Der Einflufs der Behandlung auf die symptomlosen Fälle mit positiver Reaktion. Entsprechend dieser Auffassung fafst Verfasser die Grundlagen der biologischen Quecksilberbehandlung in folgende zwei Sätze zusammen: a) das Ziel der biologischen Quecksilberbehandlung ist die Beseitigung aller sichtbaren Erscheinungen der Syphilis und der positiven Reaktion; b) die Resultate einer erfolgreichen Kur sind durch häufige Besichtigungen und durch chronisch-intermittierende Untersuchungen des Serums zu kontrollieren. Jedes Wiederansteigen der Reaktion gibt ebenso wie die geringfügigste Manifestation der Syphilis die Judikation zur neuen Kur ab. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Allgemeine Behandlung der Syphilis, von Maramaldi. (*Giornal. internaz. d. scienz. med.* XXXI, Heft 8—9.) Enthält eine Wiedergabe der Lehren des Fingerschen Lehrbuches der Syphilis und venerischen Krankheiten. *Haas-Hamburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Ekzembehandlung mit Steinkohlenteer, von S. Werner-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 20.) In Fällen von hartnäckigem, mit exogenen, Eiter hervorrufenden Bakterien infiziertem, mäfsig nässendem oder desquamierendem chronischen Ekzem bewährte er sich vortrefflich. Eine unangenehme Nebenwirkung ist, dafs er einige Minuten, manchmal ein bis zwei Stunden lang heftig brennt. Er ist von trocknender, juckenstillender Wirkung und ist auch ein Antiphlogistikum. Wegen des Geruches und der mit der Anwendung einhergehenden Unreinlichkeiten kann er nur in Spitälern angewendet werden. Die Heilwirkung ist nicht in allen Fällen vollkommen. Man mufs nebenher auch zu einem anderen Mittel greifen.
Porosz-Budapest.

Zur Therapie des Ekzema ani, von Oscar Scheuer-Wien. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Bericht von sechs Fällen, bei welchen Sch. mittels Bestrahlungen mit der Uviollampe sehr günstige Heilungserfolge erzielt hat, ohne — seit fünf Monaten — ein Rezidiv gesehen zu haben. *Schourp-Danzig.*

Infantiles Ekzem mit Laktosurie, von M. Berend-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1909. Nr. 29.) Verfasser stellt einen mit Muttermilch genährten Säugling vor, bei dem nach plötzlich verheiltem Ekzem bei der Aufnahme Herzschwäche und Zuckerruhr aufgetreten ist. Das war der zweite Fall, wo Glykosurie bei Ekzem sich einstellte. Verfasser weist darauf hin, dafs eine Stoffwechselstörung bei Säuglingen Ekzem zur Folge hat. Bernheim und Czerny erklären den Ekzemtod damit, dafs die Toxinaufnahme nach dem Verbinden leichter zustande kommt. B. hält es für wahrscheinlich, dafs der Ekzemtod zumeist infolge der Stoffwechselstörung infolge der Laktosurie und Herzschwäche eintritt. *Porosz-Budapest.*

Ein Fall von Dermatitis repens, von J. Wyllie Nicol. (*Glasgow med. Journ.* Mai 1909.) Der Fall betraf einen 25jährigen Mann, bei dem die Affektion im Laufe von drei Monaten von der Basis der Finger allmählich auf die Innenfläche der Hand und des ganzen Daumens überging; die Affektion begann stets mit Bläschen, welche konfluierten, eintrockneten, dann Krusten bildeten und an den erstergriffenen Stellen zur Heilung kommen. Besondere subjektive Beschwerden, als Schmerzen, Jucken usw. waren nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in antiseptischen Waschungen mit Quecksilberperchlorid (1 : 400) und feuchten Borwasserumschlägen und nach etwa fünf Wochen trat vollständige Heilung ein. Was die Ätiologie des Leidens betrifft, so glaubt W., dafs in diesem Falle die ursprünglich harte, trockene Haut an der Innenfläche der Hand infolge von Seborrhoe und durch Fissuren dann Sekundärinfektion (Staphylococcus aureus) und die Hautentzündung enstanden sind; die ständige Weiterverbreitung derselben, während die älteren Stellen zur Heilung kamen, ebenso wie die völlige Heilung unter antiseptischer Behandlung seien ein Beweis für den bakteriellen Ursprung, während andererseits die Hauptrolle des Nervensystems, welche von vielen Seiten für dieses Leiden angenommen wird, hier kaum in Betracht kommen konnte. *Stern-München.*

Drei Fälle von Parapsoriasis, von D. F. Veress-Kolossvár. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 23.) Die beobachteten drei Fälle und die Aufzeichnungen der Literatur berechtigen

zu folgenden Schlüssen: 1. Parapsoriasis ist ein selbständiges einheitliches Leiden, das große Vielgestaltigkeit und in vielen Beziehungen von einander abweichende klinische Varietäten charakterisieren. 2. Parapsoriasis als Sammelbegriff faßt alle Begriffe in sich, die unter folgenden Namen geschildert worden sind: Parakeratosis variegata; Psoriasiformes und lichenoides Exanthem; Dermatitis psoriasiformis nodularis; Pityriasis lichenoides chronica; Morbus Jadassohnii; Erythrodermia pityriasica en plaques disséminées; Parakeratosis psoriasiformis; Lichen variegatus; Erythrodermia squamosa; Psoriasis guttata syphiloides usw. 3. Diese Krankenbilder unterscheiden sich morphologisch in vielen Beziehungen, insofern sie einesteils aus Papeln bestehen mit glatter Oberfläche, anderenteils aus solchen, die mit Schuppen bedeckt sind, zum dritten aus kleinen rundlichen, scharf geränderten, rötlich und schuppenden, anderenteils aus großen, scharf oder schwach geränderten, ebenfalls desquamierenden, manchmal schuppigen Flecken, in anderen Fällen aber aus Veränderungen von launenhafter Form und mit ringförmigen, netzartigen oder marmorierten Umrissen, die aus der Verschmelzung der Veränderungen entstehen. 4. Diesen Unterschieden gegenüber aber weisen die übrigen Eigenheiten und Symptome überraschende Ähnlichkeit auf. In sämtlichen Fällen war nämlich a) die Ätiologie der Krankheit unbekannt; b) die Entstehung erfolgt von selbst und latent aus primären Flecken oder Stippen, denen ähnliche, aber anfangs immer alleinstehende Effloreszenzen folgen; c) der Ausschlag erstreckt sich ohne besonderes System auf die ganze Haut, sogar manchmal, wie in Rieckes Fällen, auch auf die Schleimhaut des Mundes. Zumeist wird aber die Kopfhaut, die Handflächen, Nägel und Fußsohlen frei gelassen; d) die Ausschläge entwickeln sich manchmal auch von selbst zurück. Ja, sie können sogar nach einigen Monaten ganz verschwinden (Kreibich), vermehren sich aber wieder. In dem außergewöhnlich eintönigen Verlauf der Parapsoriasis können Unterbrechungen mit Erneuerungen abwechseln; e) die Symptome akuter Entzündung, Eiter, Nässen, Blasen- oder Pustelbildung sind niemals sichtbar; f) die Krankheit befällt eher jüngere, scheinbar gesunde Individuen, zumeist Männer; g) subjektive Symptome, außer dem in einzelnen seltenen Fällen beobachtetem Jucken, treten niemals auf; h) die Prognose der Parapsoriasis quoad sanationem completam ist ganz hoffnungslos, während sie quoad vitam günstig ist; i) die Heilungsneigung ist sehr gering. Sie kann ehestens eintreten nach ausgiebiger lokaler Anwendung von Chrysarobin- und Pyrogallussalben, wodurch manchmal die Ausschläge auch ganz zum Verschwinden gebracht werden können. Es muß aber nachdrücklichst betont werden, daß die Parapsoriasis eine unheilbare Krankheit ist. Wir finden kleinere oder größere Entzündungen mit mäßiger Parakeratose. *Porosz-Budapest.*

Favus, behandelt mit Bakterienimpfungen, von G. A. Persson-Mount Clemens. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 21.) Von den dem Favuskranken entnommenen Achorion Schoenleinii-Pilzen wurde eine Reinkultur angelegt und von dieser eine Impflösung hergestellt; in einem Kubikzentimeter davon waren fünf Millionen Pilzsporen. Der Patient erhielt 77 Impfungen und wurde ohne Rezidiv geheilt.

Schourp-Danzig.

Primärer Favus am Skrotum, von E. Brezovszky-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Ein 20jähriger Arbeiter, der wegen Epididymitis Kompressen auf das Skrotum legte, benutzte irrtümlicherweise einen Lappen, welcher im Spital von einem Favuskranken als Kopfbedeckung benutzt worden ist. Er infizierte sich und bekam am Skrotum mit Skutulis bedeckte Favusknoten, in denen Pilze nachweisbar waren. *Porosz-Budapest.*

Ein Fall von Sykosis, wahrscheinlich hervorgerufen durch Gonokokken, von Edward F. Wright-Royse City. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 25.)

An den epilierten Haaren eines an Sykosis vulgaris leidenden Mannes fand sich Eiter, in dem der Verfasser gonokokkenähnliche Diplokokken nachweisen konnte. W. erinnert an CRONQUISTS Fall von einer Gonokokkenfollikulitis der Bauchhaare bei einer blennorrhoischen Frau. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Sykosis mit Vaccination. Vortrag von L. DETRE-Budapest, gehalten im Budapester Ärzteverein 1909. Ein 35 jähriger Patient laboriert seit drei Jahren an Sykosis barbae. Die versuchte Behandlung (Röntgen, Salben, innere Mittel) halfen nichts, obgleich alle Budapester und mehrere Wiener Dermatologen Versuche bei ihm angestellt haben. Das ganze Gesicht ist entzündet und voller Pusteln; unterhalb des Kinns grofses, nässendes, eitrig infiltriertes panzermäfsiges Infiltrat. Wegen seines abscheulichen Äufsern verlor er seine Stellung. DETRE züchtete nach der WRIGHTschen Lehre die eitererzeugenden Keime. Es waren Staphylococcus albus und aureus. Aus drei Ösen Kulturen machte er eine Emulsion in 7 cm^3 steriler Boullion und erhitzte sie im Wasserbad auf 70° C. Er machte sterile Proben in aerober und anaerober Weise und gab dann Karbol hinzu. 1 cm^3 dieser Menge enthielt ca. $1^1/_2$ mg Staphylokokkeneiweifs. Davon machte er 0,1—1,0 cm^3 steigende zehn Injektionen, insgesamt 5,1 cm^3. Nach den ersten Injektionen ein bis zwei Zehntel Temperaturerhöhung, Entzündungsreaktion auf dem Gesicht. Nach der dritten Injektion Besserung. Vier Monate später glattes Gesicht mit höchstens ein bis zwei Knoten. Er konnte wieder in Stellung gehen. — HAVAS sah Besserung auch nach Einstellung der verschiedenen Malträtationen der Haut, und seines Erachtens wirkt auch Nihilismus oft heilend. — PREISZ glaubt, dafs Staphylokokken sekundär hinzugekommen sind. Und Antigen bildet sich immer. Deshalb ist die Impfung überflüssig. Man mufs übrigens mit der Erklärung warten, denn die Theorien passen sich der Sachlage an. *Porosz-Budapest.*

Leukoplakie des Mundes bei einem Nichtluetiker und Nichtraucher, von STANCANELLI. (*Giorn. intern. d. scienz. med.* XXXI, Heft 12.) Verfasser beobachtete eine auf die Wangenschleimhaut und den Zungenrücken beschränkte Leukoplakie bei einem sonst vollkommen gesunden Manne; keine Spirochäten, WASSERMANN negativ. Heilung erfolgte durch Arsenpillen. Er betont mit andern Autoren, dafs die Leukoplakie auch ohne Syphilis und Tabak auftreten kann. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung der Akne vulgaris vom Standpunkt der Opsonintheorie. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 23.) Eine literarische Betrachtung.
A. Jordan-Moskau.

Behandlung der entzündlichen und varikösen Akne, von M. DELORGE. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 59.) Der Verfasser empfiehlt Waschung des Gesichts mit lauwarmem Wasser, dem etwas Borax zugesetzt ist. Dann wird folgende Salbe aufgetragen:

Thigenol (ROCHE) 5,0
Vaselin
Lanolin āā 10,0.

Sind starke Teleangiektasien vorhanden, so wird dieser Salbe 2 g Resorcin zugesetzt. Innerlich gibt er Hamamelis und Laxantien. *Gunsett-Strafsburg.*

Verschiedenes.

Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur, von M. Guibé-Paris. (*Presse méd.* 1909. Nr. 42.) G. empfiehlt die Jodtinktur zur Desinfizierung der Haut besonders in Notfällen und im Kriege. Die Keimfreiheit der Haut soll eben so gut mit Jodtinktur als mit den gewöhnlichen Desinfektionsmitteln erzielt werden und von längerer Dauer sein. Ein vorheriges Abwaschen der desinfizierenden Hautregion ist überflüssig. Die Hautnähte sollen zuletzt nach Beendigung einer Operation mit Jodtinktur eingepinselt werden. *Gunsett-Strafsburg.*

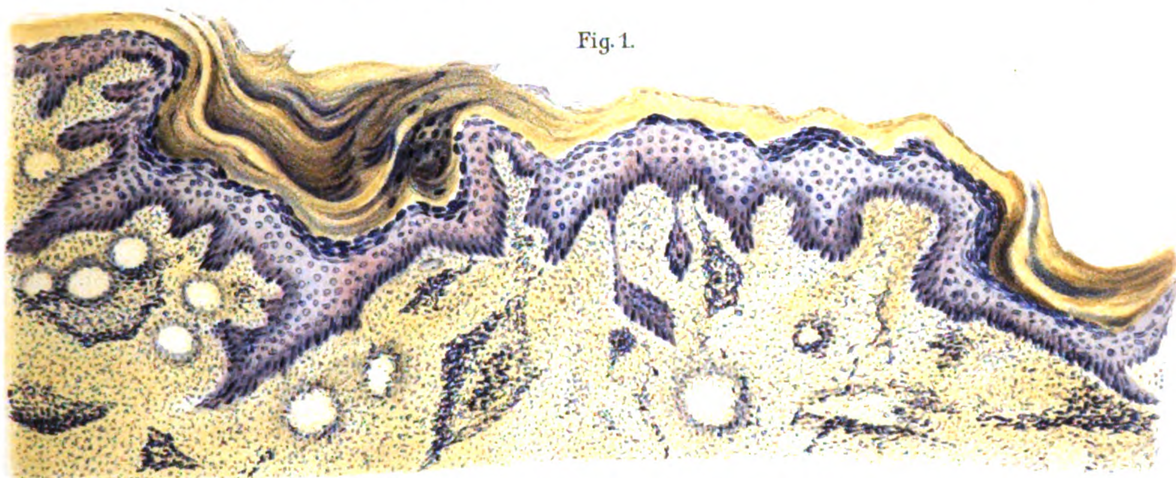
Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur in der experimentellen Chirurgie, von E. Gley. (*Presse méd.* 1909. Nr. 57.) In der experimentellen Chirurgie, wo die Desinfektion der zu operierenden Tiere mit den gewöhnlichen Desinfektionsmitteln immer auf Schwierigkeiten stöfst, hat Gley mit Anwendung der Jodtinktur als Desinfiziens nur gute Erfolge gehabt. Sein Verfahren ist folgendes: Abschneiden der Haare, Bepinselung der Haut mit in Jodtinktur Tct. Jodi 15,0, Alkohol 95° 75,0) getränkter Watte. Keine Waschung und kein Seifen! Nach der Naht mufs noch einmal Jod nachgepinselt werden. Beim Hund wird die Wunde die ersten Tage dick mit 15 %iger Salolvaseline bestrichen, bei anderen Tieren offengelassen. Mit diesem Verfahren hat G. immer prima intentio erzielt. *Gunsett-Strafsburg.*

Das Studium der Dermatologie. Die Dermatologie und die Pharmakopoe, von William Allen Pusey - Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 25.) Eröffnungsrede zur 60. Session der dermatologisch-medizinischen Abteilung der amerikanischen Ärztevereinigung. *Schourp-Danzig.*

Über Uhedu in den ägyptischen Papyri, von Paul Richter. (*Archiv f. Geschichte d. Med.* 1908. Bd. II, Nr. 2.) Der Verfasser weist nach, dafs Uhedu nichts anderes als „Entzündung" bedeutet. Dieses Wort wurde von anderen Autoren schon als Syphilis, Lepra, Variola und viele andere Erkrankungen angesehen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Lichte des modernen Kurpfuschertums, von Kurt Boas-Freiburg i. B. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Eine reichlich eingehende Kritik der Reklamezwecken dienenden Broschüre eines Berliner Kurpfuschers. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrankheiten in Nord-Neumecklenburg (Bismarckarchipel), von Conrad Siebert. (*Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene.* Band XIII, 1909.) S. beobachtete (z. Z. der Geheimrat Neisserschen Syphilisexpedition, Batavia) Tinea imbricata, eine dort als „Kaskas" bezeichnete, Krätze ähnliche Dermatose, Tinea albiginea, deren genaue Beschreibung im Original nachgelesen werden mufs. Die Zahl der venerisch Erkrankten war keine besonders grofse, er erwähnt eine vierte venerische Krankheit, das Granuloma venereum. *Haas-Hamburg.*


Fig. 1.

Dermatitis herpetiformis ulcero-crustosa.

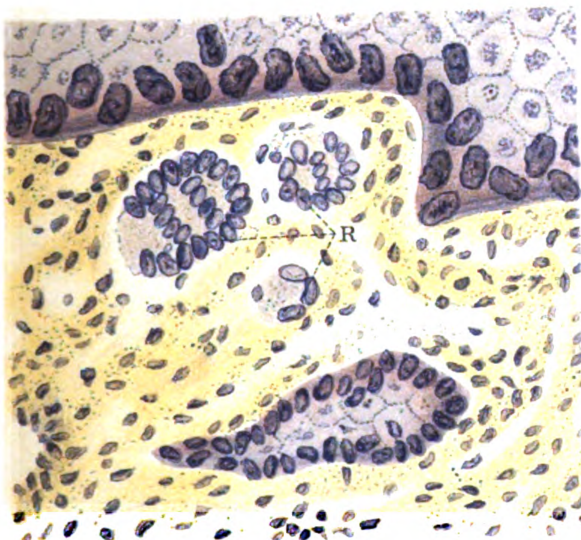


Fig. 2

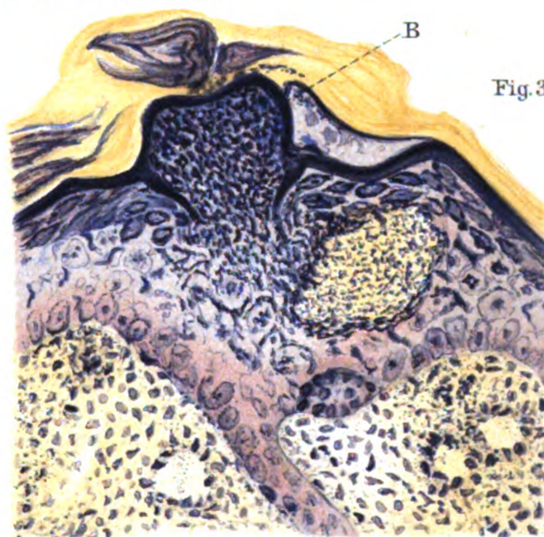
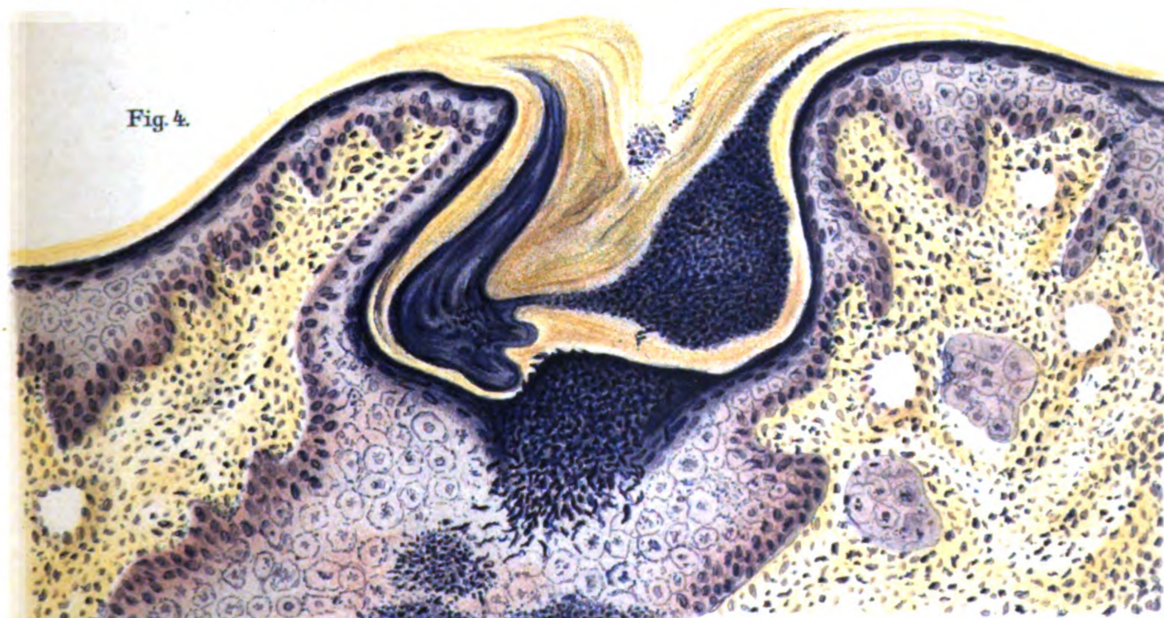


Fig. 3.


Fig. 4.

Dermatitis herpetiformis pustulosa.

Hodara.
Elly Kluge.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. № 6. 15. September 1909.

Aus der Privat-Poliklinik der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im jüdischen Krankenhaus und aus dem anatomo-pathologischen Institut der Warschauer Universität.

Zur PAGETschen Krankheit.

Von

Dr. JACOB ROSENBERG-Warschau.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Sir JAMES PAGET hat zuerst im Jahre 1874 in seiner Arbeit: „On disease of the mammary areola preceeding cancer of the mammary gland" dieses Leiden, dessen Wesen bis zum heutigen Tage noch nicht ergründet worden ist, beschrieben. Seiner Meinung nach handelt es sich hier um eine chronische Affektion der Brustwarze und ihrer Umgebung, eine Affektion, an welche sich in der Regel ein Carcinom anschliefst.

Diese Krankheit wurde bisher besonders in England und Amerika beobachtet, während sie in Frankreich selten und in anderen europäischen Ländern nur in vereinzelten Fällen auftritt. Im ganzen hat man 120 Fälle des genannten Leidens bis jetzt beschrieben. Dasselbe tritt bei Frauen entweder während des Klimacteriums oder wenigstens nach dem 40. Lebensjahre auf. Und zwar bildet sich an der Brustwarze eine oberflächliche Kruste und, nachdem diese abgekratzt worden ist, entsteht bald eine neue. Der Krankheitsprozefs breitet sich exzentrisch aus, so dafs nach einiger Zeit ein Herd entsteht, der an Gröfse einer Handfläche gleichkommt oder auch solche übertrifft. Die Form desselben ist rund, oval oder polyzyklisch. Er ist von der umgebenden gesunden Haut streng abgegrenzt, besitzt etwas erhöhte Ränder, eine Oberfläche, welche rot, trocken, mit Schuppen oder dünnen Krusten bedeckt ist oder auch eine nasse, glatte, zuweilen zart-körnige, nach langer Dauer pergaminös indurierte. Die nasse Oberfläche, die den Eindruck eines nassen Ekzems macht, kann sich zeitweise mit einer neuen Oberhaut bedecken, indessen der Krankheitsprozefs weicht einem anti-ekzematischen Verfahren nicht, denn die Krankheit schreitet

unaufhaltsam fort, die Brustwarze zieht sich immer mehr zusammen, schwindet, während an ihrer Stelle eine trichterförmige Vertiefung oder ein mit glatten Rändern versehenes Geschwür sich bildet. Schliefslich entwickelt sich nach einigen Jahren ein oberflächliches oder tiefreichendes Carcinom der Brustwarze und der danebenliegenden Lymphdrüsen.

Obiges Krankheitsbild haben BUTLIN, THIN, DUHRING, WILE, VIDAL, HALLOPEAU, WICKHAM bestätigt, welch letzterer genanntem Übel eine spezielle Monographie widmete, ferner BESNIER, AUDRY, DU CASTEL und auch andere. Ausnahmsweise beobachtete man die PAGETsche Krankheit bei Männern, und zwar: FOREST an der Brustwarze, CROCKER und WICKHAM am Scrotum, PICK und TOMMASOLI am Penis, DARIER und COUILLAND am Perineum und am Scrotum, RAVOGLI an der Nase und am rechten Augenwinkel.

Wiewohl die PAGETsche Krankheit nicht häufig auftritt, ist sie histologisch mit grofser Präzision erforscht worden. In dieser Hinsicht beschäftigte sich mit ihr zuerst BUTLIN im Jahre 1876. Derselbe fand die Stachelschicht stark verdickt, ihre Zellen im Zustand der Proliferation, die eigentliche Haut entzündet, die Ausführungsgänge der Milchdrüsen durch eine Zellenproliferation ausgefüllt und erweitert, weiterhin auch das Drüsenepithel proliferierend und Gänge und Drüsen von Leukocyten umgeben.

Einige Jahre darauf, d. h. 1881, wandte sich THIN der PAGETschen Krankheit zu. Seiner Ansicht nach setzt der Krankheitsprozefs inmitten des Krankheitsherdes ein, wo die anatomischen Veränderungen am deutlichsten sich äufsern: das Epithel zerfällt gänzlich und die Entzündung ist in der subepithelialen Schicht am meisten entwickelt. Infolge des Zerfalls der Zellen der Stachelschicht entstehen vakuolisierte Zellen, und manche von ihnen sind ihres Kerns vollständig beraubt. Die entzündliche Infiltration beschränkt sich nach Ansicht von THIN auf die Pars papillaris, während die eigentliche Haut ganz frei ist. BUTLIN und THIN halten dafür, dafs der Krankheitsprozefs der Epidermis durchaus nichts mit dem Ekzem zu schaffen hat.

DUHRING und WILE (1884) fanden in der Stachelschicht Erscheinungen, die auf Neubildung und Degeneration schliefsen lassen. Die Zellen sind grofs und enthalten ein bis zwei Kerne, in den Retezapfen wuchern die Randzellen, die zentralen aber entarten. Die Degeneration und die Wucherung greifen die Milchdrüsengänge an, so dafs schliefslich das wuchernde Epithel in das interlobuläre Gewebe als Krebs einwächst.

Von einem grundsätzlich abweichenden Standpunkte betrachtet diese Angelegenheit DARIER (1889), welcher bei der PAGETschen Krankheit kugelförmige Gebilde mit blasenartigem Kern und heller, stark lichtbrechender Membran konstatierte, Gebilde, welche teils zwischen den

Epithelzellen, teils in den Zellen selbst sich befinden. Dieser Forscher erachtete dieselben als Parasiten — Coccidien, ähnlich denjenigen, die bei Psorospermosis follicularis vegetans bemerkt werden. Er hält das Leiden selbst für eine Psorospermose, durch jene Parasiten hervorgerufen.

Zugunsten der Parasitentheorie sprach sich mit grofser Wärme WICKHAM aus. Von DARIERS Forschungen ausgehend, wandte er sich der Bearbeitung der Genese der PAGETschen Krankheit zu. Zuerst teilte er die Ergebnisse seiner Studien im Jahre 1889 auf dem internationalen Pariser Kongresse, dann ausführlicher in dem *Archiv für experimentelle Medizin* mit und endlich widmete er dem Gegenstande die besondere Monographie „Maladie de la peau, dite maladie de PAGET". Der Verfasser teilt die Meinung DARIERS, indem er 1. die PAGETsche Krankheit für eine parasitäre, von Sporozoen (Coccidien oder Psorospermien) abhängige hält, welche er zu der gleichen Gruppe rechnet wie Psorospermosis follicularis vegetans und Molluscum contagiosum; indem 2. die Psorospermien sich in der Epidermis und deren Verlängerungen befinden; 3. indem man es ursprünglich mit einem Leiden der Epidermis zu tun hat; 4. die Parasiten Entzündung und Wucherung der Zellen verursachen; 5. der Krebs zwar meistenteils in den Milchgängen beginnt, bisweilen aber auch in der Epidermis; 6. die Parasiten unmittelbar auf eine Entwicklung des Krebses hinwirken.

Anhänger von DARIER und WICKHAM waren u. a. DIDAY, BOWLEY, RAVOGLI, BARDUZZI, jedoch bestand DARIERS Theorie nicht lange, denn die exakten Arbeiten eines UNNA, KARG, TÖRÖK haben erwiesen, dafs die von diesen französischen Gelehrten beschriebenen Gebilde, die sie als Parasiten angesehen hatten, nichts anderes darstellen als entartete Zellen.

UNNAS Ansicht nach beruhen die wichtigsten Veränderungen bei der PAGETschen Krankheit auf einer besonderen Degeneration der Zellen der Stachelschicht, und man kann die Entartung für eine spezielle Form des Zellenödems halten; auch sind die Retezapfen sowohl verbreitert als verlängert, desgleichen sind die Papillen verbreitert und infiltriert. In den Retezapfen bemerkt man bei einer schwachen Vergröfserung helle Flecke, rund oder oval, die bei stärkerer Vergröfserung sich als grofse Epithelzellen zeigen, welche sehr grofse Kerne mit starkem Chromatingehalt oder statt dessen eine Mitose enthalten.

Das Zellenödem und der Verlust der Epithelfasern bewirken nach UNNA ungenügende Verhornung der Epidermis.

Was die Läsionen der Lederhaut betrifft, so beruhen sie nach UNNA darauf, dafs die Pars papillaris der Infiltration unterliegt, welche nichts anderes als reines „Plasmoma" ist, aus Plasmazellen bestehend. Sie alle besitzen die gleiche Dimension und unterliegen keiner Umwandlung in vakuolisierte oder Riesenzellen, welche Infiltration sowohl UNNA als KARG als eine Art Wall gegen das Eindringen des Krebses ansehen; und es

genügt das Vorhandensein des „Plasmoma", um den ekzematösen Charakter der PAGETschen Krankheit zurückweisen zu können.

Wiewohl wir aus dem obigen sehen, daſs die PAGETsche Krankheit histologisch in sehr umfassender Weise erforscht worden ist, so daſs kein Raum für wichtigere zweifelhafte Punkte geblieben zu sein scheint, so bleiben wir doch ohne genügende Aufklärung, worin das Wesen derselben eigentlich beruht: ob nämlich dieselbe mit dem Begriff des Ekzems identisch ist, welchem sie in der ersten Phase etwas ähnelt und welches unausbleiblich in Krebs übergeht, oder auch ob das Leiden von Anfang an einen Krebs darstellt, oder schlieſslich ob die PAGETsche Krankheit etwas vom Ekzem Verschiedenes und zum Krebse Hinleitendes ist.

Die Ansichten der betreffenden Autoren gehen in dieser Beziehung sehr auseinander. KAPOSI behauptet, daſs wir es in der ersten Phase der Krankheit mit einem Ekzem zu tun haben, und daſs auf dessen Fundament der Krebs sich entwickeln kann; demzufolge wäre die spezielle Benennung „Morbus PAGETI" beiseite zu lassen.

Dagegen vertreten THIN, VIDAL, KARG, TÖRÖK, TOMMASOLI die Ansicht, daſs die in Rede stehende Krankheit von Anfang an ein Krebs ist.

Sie habe laut DARIER nichts mit Ekzem, Psoriasis, Dermatitis zu schaffen, mache vielmehr den Eindruck von Epithelioma und man müsse sie betrachten als ein der Entstehung des Krebses vorhergehendes Leiden. UNNA stimmt darin nicht mit KARG und anderen überein, daſs die Affektion der Epidermis mit dem Krebs gleichbedeutend sei; vielmehr handle es sich um eine besondere Affektion, welche sich sowohl vom Krebs als auch vom Ekzem unterscheidet, so daſs nicht notwendigerweise der Krebs entstehen müsse, sondern lediglich der Boden zu dessen Entwicklung gegeben sei. In der Reihe der modernsten Forscher hält MATZENAUER diese Krankheit für primären Hautkrebs, dagegen HANNEMÜLLER und LANDOIS sind auf Grund zweier histologisch untersuchten Fälle der Ansicht, daſs die PAGETsche Krankheit der Krebs ist mit in den Milchgängen oder in dem Drüsenparenchym befindlichen Ausgangspunkten, daſs der Krebs in der Richtung der Haut sich entwickelt und kleinzellige Infiltration hervorbringt, und daſs auf diese Weise sich in der Haut ein Granulationsgewebe bildet, das auf die Epidermis verheerend wirkt.

In der polnischen medizinischen Literatur hat F. MALINOWSKI vor einigen Jahren eine Beschreibung der PAGETschen Krankheit geliefert, indessen das war kein typischer Fall, denn in den Krebsherden traten rasch Entartungen auf.

Nun möchte ich zur Schilderung zweier Fälle dieser seltenen Krankheit übergehen, welche ich im Laufe dieses Jahres beobachtete.

Der erste betrifft die 67 Jahre alte Frau J. D. Sie suchte mich Ende 1908 in der Poliklinik auf, indem sie an einer Affektion der linken

Brust litt. (Diesen Fall demonstrierte ich in der dermatologischen Abteilung der medizinischen Gesellschaft am 7. Mai 1908.) In der Familie der Patientin hatte niemand ein ähnliches Leiden; sie selbst erfreute sich bis dahin der besten Gesundheit. Vor zwei Jahren ergriff sie die in Rede stehende Krankheit, und zwar erschien an der linken Brustwarze eine dünne, juckende Kruste, unter welcher eine feuchte Fläche sich befand, und nachdem die Kruste abgekratzt wurde, hatte sich bald eine neue gebildet.



Fig. 1.

Der Krankheitsprozeſs verbreitete sich sowohl oberflächlich als auch nach innen hin, so daſs vor einem halben Jahre die jetzige Gröſse erreicht wurde.

Status praesens. Auf der linken Brust (Fig. 1 u. 2) ist um die Warze herum ein Herd von unregelmäſsig ovaler Form zu bemerken, dessen gröſserer, 15 cm langer Durchmesser längs des Körpers und der kleinere 12 cm quer geht. Die Fläche des Herdes ist rot, in der Regel ohne Epidermis,

nafs, stellenweise ein wenig blutend, an manchen Stellen ist sie bedeckt mit frischer, weifser, glänzender Oberhaut, auch ist die Oberfläche des Herdes von pergamentartiger Härte. Der Herd besitzt etwas erhöhte Ränder, welche denselben von der gesunden umgebenden Haut scharf trennen. In der Mitte finden wir an der Stelle der geschwundenen Brustwarze eine gewisse Vertiefung (Geschwür) mit glatten Rändern und mit einem Boden, der mit einer geringen Menge grauen Sekretes bedeckt ist;



Fig. 2.

das umgebende Gewebe ist etwas infiltriert. Die linken Achseldrüsen sind nicht vergröfsert. Patientin klagt über Schmerz und Brennen in der Gegend der kranken Brust. Sie wurde bis jetzt mit allerhand Kompressen und Salben behandelt, jedoch erfolglos.

Die klinischen Hauptsymptome dieses Falles: die strikten Grenzen des Herdes, der Schwund der Brustwarze, der Mangel jeglicher ekzematischen Effloreszenzen waren so bezeichnend, dafs das Vorhandensein der Pagetschen Krankheit zweifellos war.

Ein zweiter Fall (Fig. 3) war zwar schwieriger in bezug auf die Diagnose, er bot aber ein hohes Interesse wegen seiner aufsergewöhnlichen Lokalisierung. Die L. W. kam zu mir in die Poliklinik des Alten jüdischen Krankenhauses zuerst im Oktober 1908 und ich wies dieselbe dem Neuen jüdischen Krankenhause zu. (Von mir in der Sitzung der dermatologischen Sektion am 7. Januar 1909 demonstriert.) Patientin ist 70 Jahre alt. Während der Vater im 50. Lebensjahre an unbekannter Ursache verstarb, erreichte die Mutter der Kranken ein sehr hohes Alter. Noch ist zu erwähnen, dafs zwei Brüder sowie drei Kinder derselben vollständig gesund sind und dafs sie selbst bis auf Typhus niemals krank war.

Das in Rede stehende Leiden begann vor vier Jahren. Es zeigte sich auf der linken grofsen Schamlippe ein roter, juckender Fleck, welcher um sich griff, woraufhin dieselbe anschwoll. Ein Jahr später verbreitete sich der Krankheitsprozefs auf die rechte grofse Schamlippe und schliefslich kam es vor einem halben Jahre zu der gegenwärtigen Dimension.

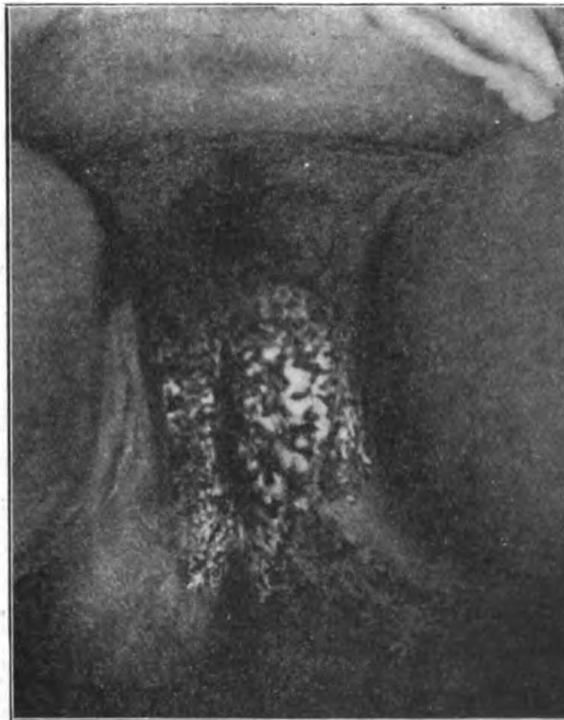


Fig. 3.

Status praesens. Patientin ist von der Last ihres Alters gebeugt. Auf den äufseren Geschlechtsorganen und in der Perinealgegend befindet sich der Krankheitsherd, umfassend beide grofse Schamlippen, besonders die linke, das Perineum und teilweise Vagina pubica und beide Nates überschreitend. Der Herd hat die Gröfse einer Handfläche und seine Form ist unregelmäfsig oval, scharf abgesondert von der umgebenden gesunden Haut, die Ränder sind etwas erhöht. Die Oberfläche der affizierten Stelle ist rot, zum Teil der Oberhaut entblöfst und feucht, zum Teil trocken und inselmäfsig, mit weifslicher, frischer Epidermis bedeckt, stellenweise ist sie mit zarten Schuppen oder dünner Kruste bedeckt. Die linke grofse Schamlippe ist in ihrer vorderen Hälfte infiltriert und besitzt zwei unbedeutende, rundliche, oberflächliche Geschwüre mit glatten Rändern. Die Krankheit ging auf die innere Fläche der beiden grofsen Schamlippen sowie auch auf die kleinen Lippen und auf die Clitoris über.

Die Diagnose war mit Schwierigkeiten verbunden. Schon aus dem

Grunde, daſs die PAGETsche Krankheit der Geschlechtsorgane in die Reihe seltener Leiden gehört, jedoch nachdem die Möglichkeit ausgeschlossen worden ist, daſs wir es mit Ekzem, Dermatitis, Epithelioma zu tun hätten, und nachdem das Krankheitsbild des Herdes, seine genauen Grenzen, die Vernichtung der Epidermis, die pergaminöse Härte der Oberfläche von mir konstatiert worden sind, bin ich auf den Gedanken gekommen, daſs hier die PAGETsche Krankheit in einer ungewöhnlichen Lokalisation vorliegt. Diese Diagnose ist durch die unten angeführte mikroskopische Untersuchung bestätigt worden.

Die Untersuchung des bei der ersten Kranken exzidierten Gewebes führte zu folgendem Ergebnis: Die die Ränder des Geschwürs bedeckende Epidermis hat keine nennenswerte Änderung erfahren. Die Hornschicht ist mehr oder weniger normal, obgleich es an manchen Stellen den Anschein hat, daſs dieselbe verdickt sei. In den unteren Lagen der Hornschicht finden wir hier und dort kleine, schmale, parallel gelagerte Kerne; das Stratum granulosum weist keine besonderen Änderungen auf. Die Stachelschicht ist in den oberen Teilen unverändert, während in den unteren die Zellen etwas vergröſsert sind, sie tingieren sich etwas schwächer als in normalen Fällen, manche besitzen kleine Vakuolen, das Verhältnis aber der Zellen zueinander ist ein ganz normales. Die Reteleisten, welche in die eigentliche Haut eindringen, sind ausgesprochen lang und etwas verbreitert. Die Papillen der Haut selbst sind verdickt und bestehen aus groſsen Bindegewebszellen, zwischen denen die Menge der Intercellularsubstanz vermindert ist. Die Gefäſse in den Papillen sind erweitert, mit Blut angefüllt, während wir rundherum viele kleine lymphocytenartige Zellen bemerken, und auch gröſsere mit reichlichem Protoplasma und einem groſsen Kern. Bei Färbung nach PAPPENHEIM kamen wir zu dem Ergebnis, daſs einige groſse Zellen zu den sogenannten „Plasmazellen" gehören. Diese Infiltration weist darauf hin, daſs es sich um einen chronischen Entzündungszustand handelt, und sie beschränkt sich nicht auf die Papillen allein, sondern geht auch auf die tiefer gelegenen Hautschichten über, wo sie recht deutlich auftritt, indem sich um die Blutgefäſse herum groſse Infiltrate bilden, deren Bau mit solchen in den Papillen identisch ist.

An vielen Stellen sind diese Infiltrate so prononciert und vermischen sich dermaſsen, daſs wir dort keine leimgebenden Fasern mehr finden können; oder auch diese Fasern nehmen die Gestalt relativ dünner, verbogener Streifen an. Je tiefer wir in die Haut dringen, desto unbedeutender wird die Infiltration. In der infiltrierten Haut fallen kleine runde oder sehr unregelmäſsige, d. h. sich schlängelnde und verzweigende Herde auf, deren Konturen sehr deutlich sind. Die Herde bestehen aus groſsen, unregelmäſsigen Zellen; zuweilen sind sie rund, zuweilen aber eckig. Das

Protoplasma ist reichlich, färbt sich stark, die Kerne sind grofs, von unregelmäfsiger Form; die Chromatinmenge variiert: manche Kerne färben sich in so hohem Grade, dafs sie beinahe schwarz sind, andere wieder sind kaum zu sehen. Intercellularsubstanz finden wir zwischen den Zellen gar nicht. Angesichts aller bezeichneten Merkmale müssen wir diese Herde als epitheliale und das Epithelium selbst als solches betrachten, welches unregelmäfsig proliferiert, also als Herde von Neubildungen. Es ist bezeichnend, dafs um die Neubildungsherde, d. h. um die Krebsherde herum die Entzündungsinfiltration nicht bedeutend ist; in den tieferen Schichten fehlt sie gänzlich.

Durchschnitt der Haut der grofsen Schamlippe an der Stelle, wo dieselbe in Schleimhaut übergeht — in geraumer Entfernung vom Geschwür.

1. Die Hornschicht.
2. Die Stachelschicht.
3. Verlängerte Retezapfen.
4. Erweitertes Blutgefäfs.
5. Verlängerte Papillen.
6. Entzündliche Infiltration um die Gefäfse herum.

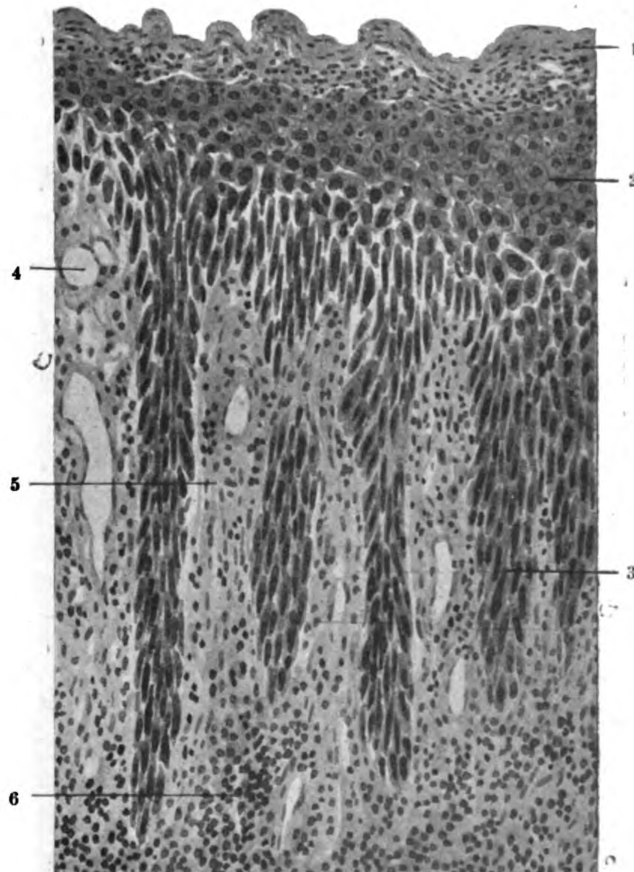
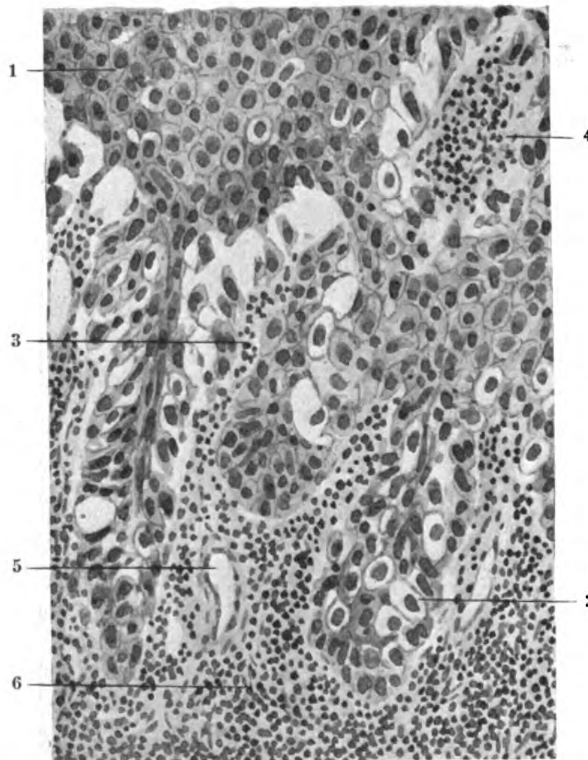


Fig. 4.

Das in den oberen Hautschichten zwischen den Krebsherden gelegene Gewebe unterscheidet sich durchaus nicht von demjenigen, welches von den Neubildungsherden ferngelegen ist, so wie wir es oben beschrieben haben. Das zwischen den Krebsherden in den tieferen Schichten der Haut befindliche Gewebe ist beinahe normal: es enthält wenig stabile Zellen mit schmalen Kernen und mit besonders regelmäfsig angeordneter fibrillärer Substanz. Zwischen derartig veränderten Geweben sind stellenweise Inseln zu bemerken, bestehend aus Milchgängen. Bis auf unwesentliche Erweiterung

der Gänge haben wir keine Veränderung gefunden, sie waren innen belegt mit regelmäſsigem cylindrischem Epithelium, die Gänge enthielten eine kleinkörnige Masse, welche stark mit Eosin sich färbt. Entzündliche Infiltration war um die Gänge herum nicht zu finden. Wir nahmen auf den Präparaten, welche aus dem Geschwür herausgeschnitten wurden, keine Epidermis wahr. Die oberflächliche Schicht des Schnittes oder der Boden des Geschwürs bestand aus einem schmalen Streifen zerfallender Gewebe, d. h. aus einer körnigen, rotgefärbten Masse; zwischendurch waren dunkle, groſse Körner von zerfallendem Chromatin zerstreut. Die unter dieser nekrotischen Schicht befindliche Haut war verändert in ähnlicher Weise,



Durchschnitt der Haut der groſsen Schamlippe in unmittelbarer Nähe des Geschwürs.

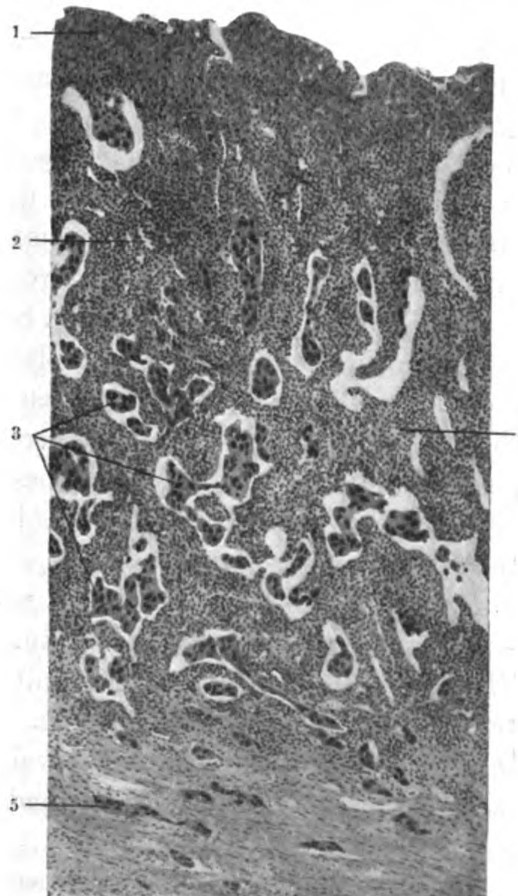
1. Die Stachelschicht.
2. Die Retezapfen, in denen die Zellen ihre normale Anordnung verloren haben und verschiedenen Entartungen unterworfen sind.
3. Die infiltrierte Papille.
4. Der Querschnitt der verlängerten und infiltrierten Papille.
5. Blutgefäſs.
6. Bedeutende entzündliche Infiltration der eigentlichen Haut.

.Fig 5.

wie wir es an den Rändern des Geschwürs gesehen: wir trafen nämlich überall zwischen sehr infiltrierten Geweben zahlreiche kleine Krebsherde.

Die mikroskopische Untersuchung eines bei der zweiten Kranken exzidierten Stückes Gewebe hat folgendes ergeben: Die weit vom Geschwür liegende Epidermis (Fig. 4) ist keinen besonderen Veränderungen unterworfen, die Hornschicht ist nahezu normal und weist eine gewisse Anzahl von Leukocyten und eine Menge schmaler, parallel zur Fläche befindlicher Kerne auf. Das Stratum granulosum und die Stachelschicht sind nicht verändert, indem in denselben die Zellen vollständig normal gelegen sind. Sie sind ziemlich groſs, ihr Protoplasma ist deutlich wahrnehmbar und die

Kerne färben sich stark. Die Reteleisten sind verlängert und schmal, die Papillen sind entsprechend den tief eindringenden Retezapfen auch verlängert, geschwollen, und darin finden wir erweiterte Gefäfse, welche mit Blut gefüllt sind. Um dieselben herum sind Infiltrationen zu bemerken, die aus kleinen, runden Zellen und aus gröfseren bestehen, welch letztere mehr Protoplasma und gröfsere Kerne besitzen. Manche gröfsere Zellen erwiesen sich bei der Untersuchung nach der Methode UNNA-PAPPENHEIM als „Plasmazellen". Die tiefer gelegene Schicht der Lederhaut ist etwas infiltriert, und hier hat das Infiltrat denselben Bau wie in den Papillen.



Durchschnitt der Haut an der Stelle des Geschwürs.

1. Der den Boden des Geschwürs bedeckende Schorf.
2. Blutgefäfse.
3. In der Haut wuchernde Krebsherde.
4. Die einer starken entzündlichen Infiltration unterlegene Haut.
5. In dem Unterhautbindegewebe wuchernde Krebsherde.

Fig. 6.

Auf den Präparaten, welche in unmittelbarer Nähe des Geschwürs exzidiert sind (Fig. 5), ist die Hornschicht beinahe normal. Darin sind die schmalen Kerne parallel zur Fläche gelegen, in dem Stratum granulosum sind die Zellen gröfser als normal, in der Stachelschicht und in den Retezapfen ist die Lage der Zellen durchaus unregelmäfsig, indem an vielen Stellen, besonders in den Reteleisten, dieselbe abnorm zu nennen ist. Die Zellen selbst sind sehr grofs, und zwar sind manche zwei-, sogar dreimal gröfser als normale, ihre Gestalt ist verändert und sie haben grofse

vielfach exzentrisch gelegene Kerne. Wir treffen in den Zellen der Stachelschicht und der Retezapfen zahlreiche grofse Vakuolen und in manchen Zellen fehlen die Kerne vollständig. Die Reteleisten selbst sind verbreitert und verlängert.

An vielen Stellen sehen wir in der Nähe der Retezapfen kleine Herde der Epithelzellen, deren Bau der gleiche ist wie in den Zellen der Reteleisten selbst, und von allen Seiten sind die Herde von Bindegewebe umgeben. Die Papillen sind verdickt, bestehen aus Bindegewebszellen mit einer unbedeutenden Menge intercellulären Gewebes, sie weisen Hyperämie und starke Infiltration auf, welche besonders um die Gefäfse herum deutlich ist und aus kleinen, runden Zellen — Leukocyten — sowie aus gröfseren besteht, die wiederum mehr Protoplasma und einen gröfseren Kern besitzen (sogenannte „Plasmazellen"). Wir treffen auch in der tieferen Hautschicht starke Infiltration von ebensolchem Bau wie in den Papillen. In der noch tieferen Hautschicht fehlt die Infiltration, die Bündel des Bindegewebes sind prononciert, stellenweise sehen wir ganz normale Gänge der BARTHOLINIschen Drüse mit einem rötlich gefärbten Inhalt ausgefüllt. Die aus dem Geschwür der linken grofsen Schamlippe ausgeschnittenen Präparate (Fig. 6) haben keine Oberhaut, es bedeckt den Boden des Geschwürs ein Schorf, bestehend aus einer körnigen Masse, welche aus zerfallenden Geweben entstanden ist. Unterhalb der körnigen Masse finden wir die Lederhaut stark infiltriert; das Infiltrat besteht, wie auf obigen Präparaten, aus runden Zellen — Leukocyten — und auch in hohem Grade aus „Plasmazellen".

In so infiltrierter Haut finden wir kleine Herde von unregelmäfsiger Form und äufserst deutlichen Konturen. Dieselben bestehen aus grofsen Zellen von unregelmäfsiger Gestalt mit grofsen, sich stark färbenden Kernen; intercelluläre Substanz fehlt gänzlich. Derartige epitheliale Herde bemerken wir auch in dem subcutanen Gewebe, aber hier sind die sie teilenden bindegewebigen Bälkchen normal und nicht infiltriert.

Auf Grund der oben beschriebenen mikroskopischen Bilder in beiden Fällen der PAGETschen Krankheit kommen wir zu den folgenden Ergebnissen: Bei diesem Leiden verdickt sich mehr oder weniger die Stachelschicht, während die Reteleisten sich verlängern und verbreitern. Ihre Zellen verlieren die normale Lage und Gestalt; teilweise entarten sie, teilweise erhalten sie sogenannte „anaplastische" Eigenschaften, welche HANSEMANN erwähnt, d. h. sie erhalten die Eigenschaften der Keimzellen. Ferner wird infolge entzündlicher Veränderungen in der Haut, besonders in der Pars papillaris, aller Wahrscheinlichkeit nach ein Teil der Epithelzellen mechanisch von der allgemeinen Masse abgesondert. Laut der RIBBERTschen Theorie zeichnen sich solche Zellen, nachdem sie sich abgesondert, durch

selbständige Entwicklung und durch die Fähigkeit aus, stärker zu proliferieren, wobei sie in ein Milieu kommen, wo sie vorzügliche Ernährung finden. Das sind nach RIBBERT Momente, welche auf abgeschnürte Zellen in der Weise wirken, daſs sie zu proliferieren beginnen und eine Neubildungsproliferation hervorrufen.

Auf Grund des Vorhergehenden sind wir zu der Behauptung berechtigt, daſs die Art des Entstehens des Krebses bei der PAGETschen Krankheit durchaus einleuchtend ist; während die Entzündungserscheinungen der Haut sowie deren Beziehung zu den Veränderungen in dem Epithelium noch nicht genügend aufgeklärt sind. Mit anderen Worten, es bleibt noch zu entscheiden, ob das Epithelium Sitz der Primärläsion ist, dagegen die Entzündungserscheinungen der Haut sekundär sind, oder ob umgekehrt die letzteren als primäre auftreten und erst sekundär das Epithelium der Anaplasie und Abschnürung unterworfen wird und somit den Krebs hervorruft.

Auf Grund der bei der anderen Kranken in ziemlich groſser Entfernung vom Geschwür ausgeschnittenen Präparate, auf welchen die Entzündungserscheinungen der Haut deutlich, die Veränderungen aber im Epithelium gar nicht vorhanden sind, könnte man wohl annehmen, daſs bei der PAGETschen Krankheit der Krebs in sekundärer Weise sich auf dem Grunde einer noch bis jetzt unbekannten Entzündung entwickelt.

Dies stimmt mit den neuesten Forschungen von RIBBERT überein betreffend die Pathogenese des Krebses. Laut denselben sind die entzündlichen Veränderungen in der subepithelialen Schicht das erste Symptom der Entstehung dieser Neubildung, Veränderungen, welche hinsichtlich des Epitheliums einen unmittelbaren Antrieb abgeben für die Proliferation sowie die Vertiefung in das infolge der Infiltration wenig widerstandsfähige Bindegewebe.

Es sei mir schlieſslich gestattet, meinen herzlichsten Dank Herrn Dr. Z. DMOCHOWSKI, Direktor des Anatomo-pathologischen Instituts, auszusprechen für die schätzbaren Fingerzeige und Ratschläge, welche er mir bereitwilligst zu erteilen die Güte hatte.

Literatur.

WICKHAM, Maladie de la peau dite Maladie de PAGET. Paris 1890.
DARIER, Maladie de PAGET. Le Musée de l'hôpital Saint-Louis.
UNNA, PAGETS Carcinom der Brustwarze. Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.
KAPOSI, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.
JARISCH, Die Hautkrankheiten. Wien 1900.
DARIER, Maladie de PAGET. *La Pratique Dermatologique.* 1902. Tom. III.
EHRMANN und FICK, Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut. Wien 1906.
MATZENAUER, PAGETS disease. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 35, Nr. 5.

HANZEMÜLLER und LANDOIS, PAGETS disease of the nipple. *Beiträge zur klin. Chir.* 1907. Bd. 60, Heft 1—2 (laut Ref. der *Münch. med. Wochenschr.*).
LUBARSCH, Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Wiesbaden 1902.
RIBBERT, Geschwulstlehre für Ärzte und Studierende. Bonn 1904.
JOSEPH, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig 1902.
MALINOWSKI, Ein ungewöhnlicher Fall der Metastasen des Brustkorbes in der Haut und deren Verhältnis zur PAGETschen Krankheit. Polnische *Zeitschrift f. Haut- u. Geschlechtskrankh.* 1906. Nr. 11—12.

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum.

Erythema induratum BAZIN-FOX.

Von

Dr. G. A. GAVAZZENI-Bergamo.

Mit zwei Abbildungen im Text und einer Tafel.

Unter dem Namen „Erythema induratum“ beschreibt BAZIN im Jahre 1855 eine von ihm besonders bei jungen Mädchen beobachtete Hautkrankheit folgendermaſsen:

„L'érythème induré se caractérise par des Plaques rouges, indurées sur lesquelles le doigt appliqué fait momentanément disparaître la rougeur, qui ne tarde pas à reparaître au bout de quelques instants. On sent à la peau et sous la peau une induration qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. La rougeur, plus ou moins foncée, assez souvent violacée plus marquée au centre, se fond insensiblement sur la circonférence avec la couleur normale de la peau. Il n'y a sur ces plaques aucun prurit: la pression avec le doigt y est à peine douloureuse.“

Diese kurze, knappe Definition wurde in der Folge vergessen und das Erythema induratum nach wie vor mit dem Erythema nodosum zusammengeworfen (BIETT, BATEMAN, WILLAN), worüber schon BAZIN selbst klagt („l'érythème noueux soit toujours confondu avec l'érythème, que nous avons signalé dans la scrofule“).

HARDY (1886), obgleich er das Erythema induratum nur mit wenigen Worten erwähnt, neigt sich einer Abtrennung desselben vom Erythema nodosum zu:

„Je serais disposé à croire que cet Erythème est une espèce spéciale différente du véritable érythème noueux.“

LELOIR und VIDAL (1889) sind nicht überzeugt, daſs diese erythematösen und derben Plaques zu einer besonderen Varietät von chronischem,

d. h. idiopathischem Erythema gehören. Nach diesen Autoren könnten dieselben infolge verschiedener Krankheiten entstehen, also infolge von skrophulotuberkulösen oder syphilitischen Gummen, ja sogar infolge von Pachydermie auf dem Boden von chronischem Ekzem. Vom Erythema nodosum trennen sie das Erythema induratum und zählen es zu den gummösen Prozessen.

Besnier (1888) und Feulard (1889) publizieren zwei Fälle von Erythema induratum, Colcott Fox in seiner Monographie über Erythema induratum (1893) teilt neun Fälle mit. Dieser Autor identifiziert das Erythema induratum mit den skropulösen Gummen.

Hutchinson (1893) erweitert den Begriff Erythema induratum durch einen neuen Typus (Hutchinsons Typus), indem er von Geschwüren bei dem Erythema induratum spricht, wovon in Bazins Definition keine Rede ist. Nach Hutchinson wären diese Geschwüre rund, oder oval, oder mit etwas zackigen, infiltrierten und mit rupiaähnlichen Krusten bedeckten Rändern umgeben und beruhen häufig auf Syphilis. Er stellt 17 Fälle zusammen.

Colcott Fox (1893) berichtet in seiner sehr wichtigen Arbeit über neun eigene Beobachtungen von Erythema induratum und gibt dazu eine Abbildung, auf welcher die vorhandenen Ulcerationen sehr deutlich zu erkennen sind. Er betont die Möglichkeit, dafs Geschwüre das klinische Bild der Krankheit komplizieren. Nach Colcott Fox handelt es sich beim Erythema induratum um tief, bis in das subcutane Gewebe gehende Knoten, die zur Resorption wie zur Ulceration gelangen können. Er macht, wie Hutchinson, auf die Ähnlichkeit der ulcerierten Knoten mit ulcerierten sypilitischen Gummen aufmerksam und hebt die Schwierigkeit einer Differentialdiagnose hervor. Dagegen finde man das Erythema induratum fast immer bei Skrophulösen (oder sogenannten Lymphatischen). Eine syphilitische Anamnese konnte der Autor in einigen Fällen mit voller Sicherheit ausschliefsen.

Wiederum sinkt Bazins Krankheit in Vergessenheit.

Besnier und Doyon widmen in der Übersetzung des Lehrbuches von Kaposi dem Erythema induratum wenige Zeilen.

Nach und nach wurden die Autoren aufmerksamer auf diese Krankheit, und nun haben wir eine interessante Reihe von Fällen und Untersuchungen, die sich an die Namen Meneau, Leredde, Thibierge, Ravaut, Fournier, Balzer, Carle, Johnson, Dade, Mantegazza, Pautrier usw. knüpfen. Dieselben studieren das Erythema induratum, besonders um die Frage zu beantworten, welche Stellung dasselbe zur Tuberkulose einnimmt.

Thibierge (1895) erklärt sich auf Grund der in der Literatur berichteten Fälle sowie eigener Beobachtungen für einen Zusammenhang zwischen Erythema induratum und Tuberkulose.

Auch für CROCKER (1896) ist das Erythema induratum eine tuberkulöse Erkrankung.

JADASSOHN (1895, 1899) ist — in einer Kongreſsbemerkung — ebenfalls sehr geneigt, das Erythema induratum als eine Krankheit tuberkulösen Ursprungs zu betrachten.

AUDRY (1898) findet histologisch nichts spezifisch Tuberkulöses: weder Riesenzellen noch epitheloide Zellen. Die Oberhaut war leicht verdickt. Entartet waren die Endothelien der Gefäſse, die von einer leukocytären Infiltration umgeben waren. Im Unterhautzellgewebe waren zahlreiche Leukocyten. Die elastischen Fasern waren geschwunden. Es fand sich kein Tuberkelbacillus; auch fielen die Impfungen auf Tiere negativ aus. Daher leugnet AUDRY eine Beziehung des Erythema induratum zur Tuberkulose und schreibt dessen Entstehung Zirkulationsstörungen zu, und zwar einem angeborenen Mangel der peripheren Zirkulation. Ein solcher Mangel könne entweder in einer Miſsbildung der Kapillaren, einer Herzschwäche oder einer Abnormität der vasomotorischen Nerven begründet sein.

LEREDDE (1898) hält das Erythema induratum für eine tuberkulöse Erkrankung, wenn auch die histologischen Befunde in bezug auf Tuberkelbazillen negativ ausfielen. Der von ihm mitgeteilte Fall betraf einen sicher tuberkulösen Patienten.

BOECK (1898) ist geneigt, im Erythema induratum eine Toxituberkulose zu sehen.

DADE (1898) beschreibt einen Fall. Die histologische Untersuchung zeigte nur eine gewöhnliche leukocytäre Infiltration und Thrombose in den Gefäſsen. DADE schlieſst daraus, daſs das Erythema induratum keine tuberkulöse Erkrankung sei.

PHILIPPSON (1898) veröffentlicht einen Fall von „Thrombophlebitis tuberculosa“. Es handelt sich um einen an Halsdrüsentuberkulose und Beingeschwüren leidenden Patienten, der binnen wenigen Monaten besonders an den unteren Extremitäten rote Knötchen bekam, die allmählich zur Resorption oder zur Eiterung und Ulceration gelangten. Die Knötchen wurden in verschiedenen Entwicklungsstadien exzidiert. PH. fand die Initialläsionen in den Venen in Form einer Thrombose, die von einem Entzündungsprozesse begleitet war. Er fand auch Leukocyten und Riesenzellen, diese aber ohne die typische Anordnung und ohne das dem Lupus eigentümliche Bild. Tierimpfung fiel negativ aus.[1] In zwei kleinen Knötchen wurden Tuberkelbazillen gefunden. Der Autor ist der Ansicht, daſs die Thrombose eine Metastase der Bazillen von den Lymphdrüsen her auf dem Wege der Venen sei.

---

[1] Später hat derselbe Autor berichtet, daſs er bei einem Kaninchen durch Impfung Knötchen auf der Iris erzeugen konnte, doch wurden die Bazillen hier nicht gesucht.

HALLOPEAU (1898) reiht das Erythema induratum den Tuberkuliden an und hält dasselbe für eine toxische und nicht bakterielle Tuberkulose.

Eine weitere Publikation von THIBIERGE im Verein mit RAVAUT (1899) gibt drei sehr genau klinisch und histologisch beobachtete Fälle von Erythema induratum. Bei einem waren die Knötchen zur Ulceration gelangt. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden, doch gab in einem Falle die Tierimpfung ein positives Resultat. Histologisch waren alle drei Fälle gleich. Die Autoren fanden eine Läppchenbildung (Lobulation) der Cutis, Infiltration mit embryonalen Zellen, Riesen- und epitheloide Zellen, eine „granuläre Entartung" und Nekrose. Die Gefäfse waren alle, wenn auch nicht gleich hochgradig, verändert. Einige zeigten nur eine endotheliale Wucherung, andere waren von Infiltration umgeben, die mit der Entfernung von den Gefäfsen abnahm. Einzelne Gefäfse waren schon zugrunde gegangen, indem nur eine Spur von ihnen in der zirkulär angeordneten Infiltration zurückblieb. Die Autoren finden grofse Ähnlichkeit zwischen Erythema induratum und tuberkulösen Gummen, die sie wie folgt begründen:

1. Bei beiden Formen handelt es sich anfangs um Knoten im Unterhautzellgewebe.
2. Dann gesellt sich Rötung und eventuell Ulceration hinzu.
3. Die Dauer ist sehr lang und nicht als ein entzündlicher Prozefs zu betrachten.

Es wären natürlich auch Unterschiede zwischen beiden Formen vorhanden, aber keine wesentlichen. So wäre die Rötung beim Erythema induratum deutlicher als beim tuberkulösen Gumma, wo sie nur kurz vor der Ulceration erscheint. Das Erythema induratum verschwindet gewöhnlich durch Resorption, wahrend das tuberkulöse Gumma eine grofse Tendenz zur Ulceration zeigt. Nach ihren Untersuchungen schliefsen die Autoren:

„Que l'érythème induré doit être rangé dans le cadre de la tuberculose cutanée, et plus exactement parmi les manifestations cutanées de l'infection tuberculeuse, qui sont fonctions du Bacille de KOCH. Il se place ainsi à côté des gommes tuberculeuses avec lesquelles il présente les plus grandes affinités cliniques."

HAURY (1899) nennt das Erythema induratum eine abgeschwächte Tuberkulose.

WHITFIELD (1900) glaubt auf Grund zweier beobachteter Fälle, dafs wenigstens zwei Arten von Erythema induratum existieren. Die eine, indolente befalle besonders junge Mädchen und werde in einigen Fällen ohne Zweifel durch lebende Tuberkelbazillen erzeugt. Die andere befalle dagegen fast ausschliefslich Frauen in mittlerem Alter und gewöhnlich die mit etwas Herzschwäche. Diese letztere Art sei akuter und werde durch das Bett wirksam beeinflufst. Diese Art habe mit der Tuberkulose nichts zu tun.

DARIER (1901) reiht das Erythema induratum den Tuberkuliden ein. Er lehnt die toxituberkulöse Theorie ab, der positive Befunde von Tuberkelbazillen sowie positive Tierimpfungen widersprechen. Es handelt sich nach DARIER um einen wirklich bazillären Prozefs. Die Bazillen gelangen in die Haut und sterben nachher infolge der phagocytären und baktericiden Wirkung des Gewebes.

MANTEGAZZA (1901) beschreibt zwei Fälle von Erythema induratum, die er bei zwei jungen Mädchen beobachtete. Die eine hatte tuberkulöse Lymphdrüsen am Halse und Skrophuloderma, die andere Lungentuberkulose. Allgemeine und lokale Tuberkulinreaktion deutlich positiv. Was die histologische Untersuchung betrifft, so findet der Autor konstante Gefäfsveränderungen. Einesteils Endoarteriitis mit Tendenz zu Obliteration der Gefäfse, anderenteils Thrombosierungen, während die Gefäfse aufsen von entzündlicher Infiltration und Nekrose umgeben sind. Die gleichen Veränderungen zeigten auch die Venen, besonders in der Nähe veränderter Arterien. Tief an der Grenze des Unterhautfettgewebes waren kleine Zellenhaufen, die einander mehr oder weniger ähnelten. Das Zentrum bildete eine oder mehrere Riesenzellen mit vielen peripheren Kernen, umgeben von epitheloiden Zellen, Plasmazellen und Lymphocyten. Wo sich diese Knötchen entwickeln, verschwindet die normale Anordnung des Gewebes, so dafs weder Bindegewebe, noch Fettzellen, noch elastische Fasern und Schweifsdrüsen zu sehen sind. Der Autor kommt zu dem Schlufs, dafs wir es nicht mit spärlichen, zufällig hier und da in ein einfach entzündetes Gewebe eingesprengten Riesenzellen zu tun haben, sondern mit einem typisch gebauten echten tuberkulösen Granulom. Die allgemeine Pathologie lehre, dafs durch Verimpfung blofser Toxine nur Entartungen und Nekrosen, aber keine echten Granulome erzeugt werden. Folglich hält auch MANTEGAZZA, wie schon vor ihm THIBIERGE und RAVAUT, das Erythema induratum für ein durch Bazillen erzeugtes Skrophuloderm. Freilich seien klinische wie histologische Unterschiede zwischen Erythema induratum und Skrophuloderm vorhanden, aber die Hauptzüge stimmen überein. Beide Exantheme haben tiefe Knoten, die zur Resorption oder zur Ulceration führen können. Die Prognose des Erythema induratum sei günstiger, es habe eine besondere Prädilektionsstelle (gewisse Symmetrie) und verschwinde gewöhnlich durch Resorption. Anatomisch weisen beide Formen ein Granulom auf, jedoch Erythema induratum überwiegend Gefäfsveränderungen, welche beim Skrophuloderm gewöhnlich fehlen. Das Skrophuloderm sei eine durch Kontiguität erzeugte Dermatose, das Erythema induratum hämatogenen Ursprungs.

CARLE (1901) beschreibt einen (immer noch bestrittenen) Fall von Erythema induratum bei einer 49jährigen, an Husten, Katarrh und Heiserkeit leidenden Frau, bei der ein Jahr vorher ein Lupus (vulgaris) auf der

linken Wange erschienen und auf Behandlung verschwunden war. Auf der rechten Wange beobachtete nun CARLE einen im subcutanen Gewebe gelegenen haselnufsgrofsen, abgeplatteten Tumor. Dieser war ziemlich derb, zeigte jedoch im Zentrum etwas, das an Fluktuation erinnerte. Die Haut war darüber nichtverschieblich und blaurot verfärbt. Mikroskopisch fand CARLE ein typisch tuberkulöses Gewebe. Tuberkelbazillen wurden zwar nicht gefunden, doch gingen zwei mit Tumorpartikelchen geimpfte Meerschweinchen nach 14 Tagen an Tuberkulose zugrunde. Nach CARLE gehört daher das Erythema induratum zur bazillären Tuberkulose.

PINKUS (1902) wiederum fand bei einem klinisch und histologisch beobachteten Fall nur Thrombophlebitiden, im übrigen gewöhnliche entzündliche Infiltration.

HARTTUNG und ALEXANDER (1902) berichten von einem Fall von Erythema induratum bei einem 30jährigen Manne, der sicher an Tuberkulose litt. Es fanden sich an den oberen und unteren Extremitäten halbkugelförmige, lividrote, leicht abschuppende Erhebungen. Diese waren hart, nicht eindrückbar und unempfindlich. Ein aus diesen Erhebungen exzidiertes Stück wies histologisch keinen tuberkulösen Bau auf. Tuberkulininjektion ergab eine allgemeine, aber keine lokale Reaktion. Tierimpfungen fielen negativ aus. Neben den Tumoren waren auch solche Erhebungen vorhanden, welche die Autoren als Venenstränge (Cordons veineuses) bezeichnen. Nach dem Tode des Patienten wurden auch diese histologisch untersucht und wurde ein typisch tuberkulöser Bau gefunden. Es handelte sich tatsächlich um eine grofse Vene, die von tuberkulösem Gewebe umgeben war.

Das Endothel war ganz normal; nur waren in der Media und Adventitia mehrere Leukocyten.

MAX JOSEPH (1902) ist den Fällen der Literatur wie eigenen Beobachtungen zufolge der Meinung, dafs das Erythema induratum eine tuberkulöse Erkrankung, und zwar eine bazilläre sei.

HIRSCH (1903) berichtet über einen Fall von Erythema induratum bei einer jungen Schneiderin. Histologisch fand er epitheloide Zellen und wenige versprengte Riesenzellen, aber nirgends typisch tuberkulösen Bau. Zahlreiche Mastzellen und zahlreiche neugebildete Gefäfse.

SÖLNER (1903) beschreibt einen Fall von Erythema induratum im Zusammenhang mit einem Lichen scrophulosorum. Histologisch fand er Riesenzellen, epitheloide Zellen, Nekrose. Es war klinisch ein ausgesprochener Fall von Lungentuberkulose. Daraus schliefst Verfasser, dafs die Effloreszenzen vom Erythema induratum entweder tuberkulös sind oder mindestens in enger Beziehung zur Tuberkulose stehen.

POLLANDS (1904) Fall war in Zusammenhang mit einem „Lupus erythematodes“. Histologisch fand sich tuberkulöser Bau.

Wechselmann (1904) demonstrierte in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft eine Frau, die an der linken Wange seit drei Jahren an einer nach Exzision rezidivierenden, derb infiltrierten Affektion litt, die mikroskopisch epitheloide Zellen, aber keine Riesenzellen zeigte. Kein typischer Tuberkelbau. Der Fall erinnert klinisch an den schon von Carle im Jahre 1901 mitgeteilten zweifelhaften Fall. Wechselmann aber faſst seinen Fall als ein Erythema induratum auf.

Kraus (1905) berichtet über vier Fälle von Erythema induratum. Die histologische Untersuchung ergab stets einen entzündlichen Prozeſs. Die Tuberkulinproben waren negativ. Es ist mithin nach Kraus das Erythema induratum kein klinisch oder histologisch begrenztes Krankheitsbild, sondern ein Sammelbegriff für verschiedene Arten von Veränderungen, denen allen gemeinsam die begleitende entzündliche Atrophie des subcutanen Fettgewebes ist, deren genaue Scheidung aber eine Aufgabe künftiger Forschung darstellt.

Bei dem von Grouven (1906) auf dem Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bern demonstrierten Fall waren die Läsionen nur an Oberarmen und Gesicht vorhanden. Histologisch ergab sich eine typische Tuberkulose. Bazillen wurden nicht gefunden, ebensowenig lieferten die Tierimpfungen positive Erfolge. Kreibich nennt diesen Fall einen Lupus pernio, Doutrelepont hält ihn für eine eigentümliche Form von Tuberkulose, Ehrmann für einen hämatogenen Lupus.

Werther (1908) stellt in seinem Kongreſsreferat über Tuberkulide das Erythema induratum in dieser Gruppe neben den Lichen skrophulosorum und die papulo-nekrotischen Tuberkulide. Nach ihm gehören zur Gruppe des Erythema induratum noch verschiedene Varietäten, nämlich: pemphigoide Formen, Ulcerationen, Hämorrhagien. Es gebe auch Einlagerungen der Cutis ohne ausgesprochene Erytheme mit leichter Atrophie am Rande ohne Induration. Werther selbst hat kein tuberkulöses Gewebe gefunden (abgesehen von Lichen skrophulosorum) und betrachtet das Erythema induratum als ein Tuberkulid hämatogenen Ursprungs. Nach Werther ist der Lupus pernio nichts anderes als Erythema induratum.

Reines (1909) berichtet über einen Mann, der am Unterschenkel schon vor einem Jahre ein Erythema induratum gezeigt hatte, das unter Röntgenbehandlung verschwand. Die Krankheit rezidivierte, und zwar nicht an den Unterschenkeln, sondern an den Oberschenkeln und in der Glutaealgegend. Die Läsionen ulcerierten.

Schidachi (1909) faſst alle Fälle der Literatur zusammen und fügt 17 neue, persönlich beobachtete hinzu. Auch hier fielen die Impfungen negativ aus. In einem von demselben Autor als atypisch bezeichneten Falle wurden Tuberkelbazillen gefunden. Die Tuberkulinreaktion war zweimal positiv.

Hiermit sind die bedeutenderen Arbeiten aus der ungemein großen Literatur des Erythema induratum erwähnt. Eine noch ausführlichere Zusammenstellung findet sich bei SCHIDACHI (152 Fälle). Das Mitgeteilte wird aber schon genügen, um eine Grundlage zur Beurteilung der von mir beobachteten Fälle zu geben.

Aus obiger chronologischen Übersicht erhellt, wie vielumstritten die Frage des Erythema induratum noch ist und wie wenig klar, trotz zahlreicher Beobachtungen.

Manche Autoren halten genau an den BAZINschen Postulaten fest, ja gehen noch darüber hinaus, indem sie die Möglichkeit eines Vorkommens bei Männern verneinen; andere (zuerst CROCKER) wollen sie auch bei Männern gefunden haben. Auf 55 von PAUTRIER zusammengestellte Fälle kommen neun bei Männern, in letzter Zeit (SCHIDACHI) auf 152 Fälle 20.

Auch die Lokalisation ist strittig. Nach SCHIDACHI sind diejenigen indurierten Erytheme atypisch, in denen die Unterextremitäten nicht oder unwesentlich, die oberen Extremitäten ausschließlich oder hauptsächlich oder der Rumpf oder das Gesicht befallen sind. Nach PAUTRIER dagegen findet man sichere Fälle auch außer dem von BAZIN bezeichneten Sitz an den Unterschenkeln. Nach ihm wurde das Erythema induratum am Oberschenkel beobachtet (FOURNIER, DU CASTEL, RAVAUT),[2] am Bauch (GALLOWAY), an den Oberarmen (HARTTUNG, ALEXANDER, CROCKER, SCHIDACHI), am Gesicht (JADASSOHN, CARLE).[3]

Eine weitere strittige Frage betrifft die Ulcerationen beim Erythema induratum. Manche Autoren geben den sogenannten HUTCHINSONschen Typus nicht zu. Überblicken wir die ganze Literatur, so finden wir eine große Anzahl von Fällen, bei denen neben typischen Knoten von Erythema induratum Geschwüre vorhanden waren. Auf 152 Fälle sind 67 mit Ulcerationen angegeben. Nach PAUTRIER gehören diese Ulcerationen mit zum richtigen Bilde der Krankheit, da alle subcutanen Knoten verschiedene Verlaufsarten zeigen können.

In bezug auf das klinische Bild sind die Meinungen noch in anderen Beziehungen geteilt. Der von FEULARD 1889 beschriebene Fall war eine besondere Form, indem am rechten Beine typische Knoten vorhanden waren, am linken dagegen ein plattenartiger, 10 : 12 cm großer, nicht scharf umgrenzter und leicht abschuppender, rotblauer Tumor. Andere Fälle derselben Art waren die von ALEXANDER und HARTTUNG mitgeteilten und zum Erythema induratum gerechneten. Dagegen hält es PAUTRIER für richtiger, diese Fälle als Gummen, denn als Erythema induratum zu

---

[2] Auch der Fall von REINES gehört hierher.

[3] Der Fall von CARLE ist zweifelhaft, ebenso wie die analogen Fälle von WECHSELMANN und GROUVEN.

betrachten. FOURNIER will wiederum unter dem Namen der BAZINschen Krankheit eine ganze Reihe von Erkrankungen mit drei Typen verstehen:

1. Das Erythema induratum BAZIN;
2. die ulcerierenden Knoten beim Erythema induratum;
3. die skrophulo-tuberkulösen Gummen.[4]

Augenscheinlich würde nach FOURNIER der Begriff der BAZINschen Krankheit sehr weit ausgedehnt; und als wäre es der Verwirrung noch nicht genug, so finden wir neben Krankheiten, die als Erythema induratum bezeichnet worden sind, aber mit diesem nichts zu tun haben, auch Fälle von Erythema induratum unter anderen Namen beschrieben. Nach PAUTRIER wären die Fälle von GIOVANNINI („Hidrosadenitis"), von GASTOU und HEMMERIG („Ekthyma scrophuleux") und von PHILIPPSON („Thrombophlebitis tuberculosa") als Fälle von Erythema induratum zu betrachten.

Eine bis jetzt ebenfalls noch ungelöste Frage ist die betreffs Mitbeteiligung der Schleimhäute bei dem Prozefs. PAUTRIER meint, dafs bei Tuberkuliden Schleimhautlokalisationen fehlen. Dagegen sprechen HIRSCH, BODIN und SCHIDACHI von Schleimhauterscheinungen in ihren Fällen. Bei dem Fall von SCHIDACHI waren es im Munde entweder aphthenähnliche oder ulcerierende Prozesse, die am meisten an schwere Erscheinungen sekundärer Lues erinnern. BODIN sowie HIRSCH konstatierten auch Ulcerationen der Mundhöhle.

Im Gebiete der Histologie ist die Übereinstimmung der verschiedenen Autoren noch geringer.

LELOIR-VIDAL, AUDRY, DADE, PINKUS, POLLAND, WECHSELMANN, WERTHER (1908) finden kein spezifisches histologisches Bild.

Dagegen finden LEREDDE, JOHNSTON, THIBIERGE, HAURY, MANTEGAZZA, CARLE, GROUVEN, SCHIDACHI und viele andere Autoren den Charakter eines tuberkulösen Prozesses.

Tuberkelbazillen wurden nur in den Fällen von PHILIPPSON und SCHIDACHI[5] gefunden, aber keiner von diesen Fällen ist typisch in klinischer Beziehung und daher absolut nicht einwandfrei.

Tierimpfungen fielen in drei Fällen positiv aus (CARLE, THIBIERGE, COLCOTT FOX). Aber den Fall von CARLE halten viele Autoren und auch ich nicht für ein Erythema induratum.

Lokale Tuberkulinreaktion wurde nur in fünf Fällen beobachtet.

Die Beziehung des Erythema induratum zur Tuberkulose ist auch in den letzten Jahren angezweifelt. Nach SCHIDACHI waren auf 136 Fälle 28 ohne ätiologische Angabe, 26 mit der Angabe, dafs Anzeichen von

---

[4] Typus FEULARD? G.

[5] Der Fall von MACLEOD und ORMSBY gehört zu den papulo-nekrotischen Tuberkuliden.

Tuberkulose fehlten, 46 waren sicher tuberkulös, 19 nur wahrscheinlich, 3 bei denen das anatomische Bild für Tuberkulose sprach, 14 deren Familienanamnese Anzeichen der Tuberkulose aufwies.

Doch auch bei den Autoren, die das Erythema induratum als eine tuberkulöse Erkrankung ansehen, herrscht keine volle Übereinstimmung bezüglich der Erklärung des Prozesses.

HALLOPEAU sieht das Erythema induratum, wie die Tuberkulide überhaupt, als eine toxisch-tuberkulöse Krankheit an, während eine ganze Reihe von Autoren dasselbe für eine echte, bacilläre Tuberkulose halten.

Die Ursache dieser Unklarheit mufs in verschiedenen Dingen gesucht werden. Zunächst sind neben den anscheinend nicht hierher gehörigen Fällen bei vielen Fällen von Erythema induratum die Angaben so knapp, die Untersuchung in mehreren Beziehungen so unvollständig, dafs es nicht möglich ist, irgend einen Schlufs aus ihnen zu ziehen. Auf andere Ursachen machten schon PELLIZZARI und MANTEGAZZA aufmerksam.

PELLIZZARI betonte auf dem Kongrefs zu London im Jahre 1896, dafs die Krankheitserreger eine gewisse Zeit hindurch ihre Giftwirkung nur auf die Gefäfse beschränken können, so dafs man histologisch nur die Gefäfsveränderungen sieht, die den Boden für das künftige Granulom präparieren.

Nach MANTEGAZZA sind negative histologische Befunde häufig dadurch zu erklären, dafs die exzidierten Hautstücke nicht vollständig durchgeschnitten werden. Oft sind die Knoten oder Knötchen von gewöhnlichem entzündeten Gewebe umgeben, das den typischen Bau versteckt.

Nach diesen historischen Bemerkungen, die in den heutigen Stand der Frage bezüglich des Erythema induratum einführen sollen, will ich zwei Fälle beschreiben, deren einer mir abgesehen von seinen histologischen und bakteriologischen Befunden deshalb wichtig zu sein scheint, weil er, im Gegensatze zu so vielen in der Neuzeit beschriebenen Fällen, einmal wieder das klassische Bild der BAZINschen Krankheit wiedergibt.

Fall I.

M. A., weiblich, 17 Jahre alt. Eltern und Geschwister noch lebend und gesund. Keine Hautkrankheit in der Familie, keine Lues und keine Tuberkulose.

Von Kindheit an hat die Patientin im Winter an Frostbeulen an den Händen gelitten; sie war immer etwas schwächlich, angeblich skrophulös. Ungefähr mit neun Jahren litt sie an Varicellen und nachher an häufigem Nasenbluten, mit elf Jahren an Typhus, der in etwa zwei Monaten vollständig abheilte. Einige Monate später und dann fast in jedem Sommer soll die Patientin an einer „Art von Krätze" gelitten haben, die durch Tupfen mit Bor- oder Salicylwasser in etwa 20 Tagen beseitigt wurde.

In den letzten zwei Jahren wären auch kleine Knötchen an den Unterschenkeln aufgetreten und die Haut habe sich etwas verdickt. Jucken und Schmerz bestanden nicht. Vor einem Jahre trat am rechten Unterschenkel eine rote Stelle auf, an der die Haut sich schmerzlos verdickte; diese Stelle schwoll allmählich stärker an. Die Oberhaut brach am Ende durch, so daſs ein Geschwür mit blauen, verdickten Rändern und ziemlich tiefem granulierendem Grunde entstand. Das Geschwür heilte nach einigen Monaten, eine Narbe zurücklassend, ab. Die jetzige Krankheit soll vor einem Jahre entstanden sein. Im 15. Jahre traten die Menses ein, die etwas gering, aber regelmäſsig waren.

Status praesens: Ziemlich kräftig gebautes Mädchen von hoher Statur und normalem Knochenbau; dünner und langer Hals; geringes Fettpolster; blasse Schleimhäute.

Die Hautfarbe ist auch sehr blaſs, etwas gelblich. Allgemeinbefinden nicht gestört, Patientin meint etwas schwächlich zu sein.

Innere Organe. Lungen, Herz: Keine abnormen Befunde zu verzeichnen.

Lymphdrüsenapparat: Abgesehen von einigen kleinen, bis erbsengroſsen unempfindlichen Drüsen am Halse ist nichts zu konstatieren.

Haut: Die Hautveränderungen finden sich nur an den Unterschenkeln und Füſsen, an keiner anderen Körperstelle sind Läsionen irgendwelcher Art sichtbar.

Die Affektion hat beide Unterschenkel in der unteren Hälfte, und zwar symmetrisch befallen. Besonders stark affiziert sind die Innen- und Auſsenseiten der Unterschenkel, deren Haut im allgemeinen etwas derb, verdickt, fettarm und wenig verschieblich ist. Die Effloreszenzen sind verschieden in Gröſse und Aussehen, da sie verschiedenen Entwicklungsstadien entsprechen. Am linken Unterschenkel sind zehn Knoten von etwa Markstückgröſse, am rechten Unterschenkel sind die Knoten etwas geringer an Zahl. Die Knoten überragen nur wenig das Hautniveau. Ihre Farbe ist lividrot oder blauviolett und verschwindet auf Druck, während an ihrer Stelle eine gelbliche Färbung eintritt. Die Knoten sind ziemlich scharf abgegrenzt und reichen verschieden tief in das subcutane Gewebe hinein. Sie zeigen eine derbe Konsistenz und sind kaum druckempfindlich. Über den Knoten ist die Haut infiltriert und unfaltbar.

Manche solcher Knoten zeigen eine deutliche zentrale Rückbildung, indem ihr Zentrum ohne vorhergegangene Eiterung oder Ulceration etwas eingesunken ist und ein narbiges Aussehen aufweist. Diese Rückbildung kann man in der Abbildung deutlich am linken Beine erkennen. Andere Knoten haben im Gegenteil die Tendenz zu ulcerieren. Aber dieses geschieht nicht durch eine Eiterung, sondern durch eine einfache Einschmelzung, eine oberflächliche Nekrose der Knoten. Die Ränder der so entstandenen

Geschwüre sind von unregelmäſsiger Form, granulieren nur schwach und secernieren nur wenig seröseitrige Flüssigkeit. Sie zeigen sehr wenig Tendenz zur Heilung.

Neben diesen primären Elementen sind noch sekundäre vorhanden, nämlich Narben von verschiedener Gröſse. Einige sind ziemlich groſs, regelmäſsig rund oder oval, weiſs im Zentrum, an der Peripherie von einem pigmentierten Hofe umsäumt, andere sind klein und von unregelmäſsigem Kontur. Besonders bemerkbar sind die Narben an der Innenseite des rechten Beines. Hier ist an der Grenze der oberen und unteren Hälfte des Beines an der Innenseite ein etwas mehr als markstückgroſser Knoten vorhanden; dieser ist erhabener als die anderen, regelmäſsig rund und scharf von der gesunden Haut abgegrenzt, das Zentrum dieses Knotens ist von einem pfennigstückgroſsen Geschwür besetzt, das am meisten an



Fig. 1.



Fig. 2.

ein zerfallenes Gumma erinnert. Die Ränder sind zirkulär derb und steil abfallend. Der Geschwürsgrund ist mit gelbgraurötlichen Granulationen bedeckt. Derselbe sondert keinen echten Eiter, sondern nur eine seröse, eiterähnliche Flüssigkeit ab. Ringsherum ist die Haut verdickt, unverschieblich und von blauvioletter Farbe. Der Knoten ist etwas druckempfindlich.

Die Unterschenkel sind etwas ödematös, das Ödem aber ist hart und hält nicht den **Fingerdruck** zurück.

Spärliche etwas kleinere Knoten als die der Unterschenkel sind auch an beiden Füſsen, besonders am linken. Diese sind linsen- bis bohnengroſs, scharf von der umgebenden Haut abgegrenzt und ragen über das Hautniveau nur wenig empor.

Die Haut über denselben ist lividrot mit gelblicher Nuance.

Einige Knoten sind ulceriert, aber nur oberflächlich, und die entstehenden Geschwüre sind nicht schmerzhaft und kaum secernierend. Neben den Knoten sind auch hier Narben zu sehen mit den schon oben erwähnten Merkmalen. In der Mitte beider Fufssohlen, in der Fortsetzung der an der Innenseite der Unterschenkel sich herabziehenden Reihe von Knoten, finden sich ebenfalls vereinzelte Knoten. Aufserdem sind die Füfse ebenso wie die Unterschenkel etwas geschwollen und ödematös. Der Fingerdruck hinterläfst kein Grübchen.

Die Diagnose wurde auf Erythema induratum gestellt.

Am 19. März 1909 bekam die Patientin eine Tuberkulineinspritzung (1/10 Milligramm), doch wurde nur eine allgemeine, keine lokale Reaktion konstatiert.

Zwei Tage später eine Injektion von 2/10 Milligramm alten Kochschen Tuberkulins ergab eine starke allgemeine Reaktion mit Fieber bis zu 39,5° und eine sehr deutliche örtliche Reaktion. Alle beschriebenen Plaques waren stark gerötet, ödematös und geschwollen. Die Reaktion verschwand nachher in wenigen Tagen. In den nächsten Tagen entwickelten sich an der Injektionsstelle am Oberarm zwei, etwas voneinander getrennte, stark gerötete, etwa fünfmarkstückgrofse, sehr schmerzhafte Anschwellungen der Haut. Trotz angewandter Umschläge mit Bleiwasser gingen dieselben nicht zurück, sondern verdickten sich noch mehr, näfsten eine Zeit lang und verschwanden sehr langsam unter Zurücklassung von Pigmentation. Diese Überempfindlichkeit für Tuberkulin hatte zur Folge, dafs im weiteren Verlauf kein Tuberkulin mehr gebraucht wurde.

Aus der weiteren Beobachtung der Patientin ist Folgendes hervorzuheben. Nachdem die Diagnose: Erythema Bazin (s. später die Differentialdiagnose) gestellt war, wurde die Behandlung innerlich mit Ichthyol, äufserlich mit Pyrogallolsalbe und -Pflaster eingeleitet. Nachdem einige Tage Pyrogallolsalbe auf den Unterschenkeln eingerieben war, entstand eine ziemich heftige Pyrogalloldermatitis, die sich dadurch auszeichnete, dafs ganz besonders viele und derbe Follikulitiden auf der ödematös geschwollenen Haut aufschossen. Dieselben waren bei Berührung sehr schmerzhaft und ulcerierten sämtlich, wonach die entstehenden kleinen Geschwüre nur langsam heilten. Sowohl während ihres Bestandes, wie während der Vernarbung erinnerten diese besonders grofsen Follikulitiden auffallend an die unter dem Namen Folliklis bekannten papulonekrotischen Tuberkulide. Nach der Abheilung der Pyrogalloldermatitis war die ganze Haut des Unterschenkels abgeschwollen und man konnte nun ein Phänomen deutlich konstatieren, welches bei Aufnahme des ersten Status wegen des Ödems nicht besonders hervorgetreten war. Auf der blasseren Haut zeichneten sich nämlich fast überall in der Gegend der Knoten tiefliegende Venen ab, die man zum Teil auch deutlich als dickere Stränge abtasten

konnte. Es stellte sich jetzt auch heraus, dafs der Hauptsitz der Knoten an der inneren Seite der Wade herab bis zum inneren Knöchel und über diesen hinweg bis zur Mitte der Fufssohle reichte, und dafs in derselben Region, die ja auch für gewöhnliche Varicen prädisponiert ist, neben den Knoten und — wie es schien — oft im Zusammenhange mit diesen verdickte Venenstränge zu fühlen waren.

Unter dem Monate lang fortgesetzten Gebrauche von Ichthyol innerlich und Pyrogallol äufserlich besserte sich das Allgemeinbefinden und die Hautaffektion. Doch traten immer noch von Zeit zu Zeit kleine neue Knötchen auf den alten Prädilektionsstellen von den Waden bis zu den Fufssohlen auf. Es zeigte sich eine besondere Neigung zu diesen Rückfällen, wenn die Patientin längere Spaziergänge gemacht hatte, wonach die Unterschenkel regelmäfsig teigig anschwollen. Diese Anschwellungen wurden verhindert, wenn die Unterschenkel mit einem Zinkleimverband versehen wurden. Dieser permanente Druck des Zinkleimverbandes erwies sich als so nützlich und notwendig, dafs er trotz der Salbenbehandlung durchgeführt wurde. Offenbar spielt bei der Lokalisation und bei den Rezidiven die Stauung des Blutes in den Unterschenkeln eine prädisponierende Rolle.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Dr. Dreuws Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Aërotuba (**Luftdrucksalbentube**).

Von

Dr. med. Dreuw - Berlin.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Vielfache Versuche, salbenförmige Körper in gläsernen Cylindern durch einen einfachen, mit dem Glase verbundenen Mechanismus vorwärts zu bewegen, haben fast alle zu einem negativen Resultat geführt, weil bei der Sprödigkeit des Glases eine metallische Vorrichtung in Form einer Schraube ohne Ende sich als untunlich erwies.

Im folgenden möchte ich die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf ein Modell lenken, das, nachdem es eine Reihe von Versuchen und Wandlungen durchgemacht, das Problem schliefslich in einfachster Weise löste. (Siehe Abbildungen auf nächster Seite.)

Übt man mit dem Daumen auf die Perforation *a* einen Druck aus, so wird die Luft *b* komprimiert und der Luftdruck pflanzt sich durch *i*

auf den Prefskolben *h* fort, der dann die Salbe durch die Entleerungsdüse *g* treibt. Auf diese lassen sich die verschiedenartigsten Gummi- und Hartgummi-Aufsätze für die verschiedenen Spezialbehandlungen der einzelnen Organe aufsetzen. In Fig. 1 ist beispielshalber ein GUYON-Katheter abgebildet, durch den die Salbe *S* geprefst wird.

Es genügt der geringste Druck mit dem Daumen auf die Öffnung *a*, um die Salbe oder Paste bei *g* herauszupressen. Beim Nachlassen des Daumendruckes hört die Wirkung sofort auf, da die im Innern des Gummiballons komprimierte Luft nach Entfernung des Daumens von der Perforation *a* sich mit dem äufseren Luftdruck wieder ausgleicht.

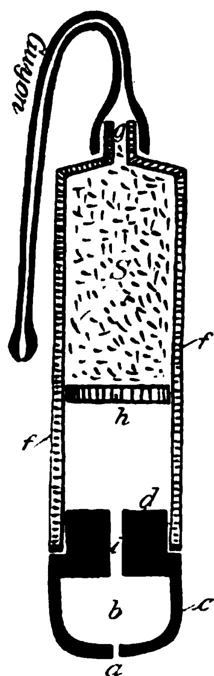


Fig. 1.

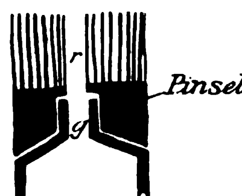


Fig. 2.

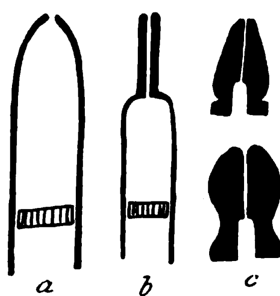


Fig. 3.

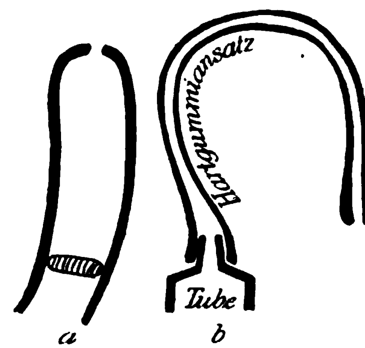


Fig. 4.

Erklärungen zu Figur 1:

f bedeutet das gläserne Tubenrohr mit Entleerungsdüse *g*. *d* ist ein Korken mit Perforation *i*, um den ein Gummiballon *c* fest verbunden ist, der seinerseits ein Loch *a* hat. *h* ist ein Korken, der als Preßkolben dient.

Ich habe in der Privatpraxis und in der Poliklinik die Tube für die verschiedensten Behandlungsmethoden benutzt:

a) Als Salben- und Pastenreservoir für die in der Sprechstunde täglich anzuwendenden Salben an Stelle der bisherigen Kruken und Porzellangefäfse. Die für diese Zwecke gebrauchten Tuben (aus Glas oder Porzellan) enthalten 150, 100, 50 und 10 g, je nach Wunsch des Arztes, und haben den Vorteil äufserster Sauberkeit und Billigkeit, da die Glas- oder Porzellantube immer wieder benutzt werden kann und im Preise die gewöhnlichen Porzellankruken wenig überragt.

Für bestimmte Zwecke wird auf die Entleerungsdüse *g* noch ein (Fig. 2) bei *r* durchlöcherter, auskochbarer Pinsel gesetzt, so daſs die ganze Tube als Pinsel verwendbar ist.

Für die Sprechstunde verwende ich ein Gestell ähnlich einem Reagenzglasgestell mit sechs oder zwölf Glastuben, in denen ich die täglich oder häufig zu verwendenden Salben aufbewahre.

Die Annehmlichkeit für die Behandlung namentlich von erkrankten Hautstellen besteht darin, daſs man weder Kruken, noch Spatel, noch Pinsel nötig hat, da man auch ohne aufgesetzten Pinsel (Fig. 2) die Salbe mit der Entleerungsdüse *g* verstreichen kann. Nach der Verwendung wird die Spitze *g* mit Alkohol, Benzin, Sublimat oder Lysol abgewaschen. Auch kann die ganze Tube bis zum Gummiballon in eine desinfizierende Flüssigkeit gestellt und sogar vorsichtig in der Bunsenflamme sterilisiert werden.

b) Als Behälter für Kathetersalben. Die Kathetereinfettungsmittel, die in der Regel mit einem Antiseptikum (Karbol, Hydrargyrum oxycyanatum usw.) hergestellt werden, sind meist in Zinntuben verpackt. Abgesehen davon, daſs Zinn von Quecksilbersalzen angegriffen wird, ist eine gründliche Sterilisierung und Reinigung der meist mit Papier beklebten Zinntuben während des Gebrauchs kaum durchführbar. Dazu kommt noch, daſs die Zinntube während des Gebrauchs ihre Form verliert und unhandlich wird. Anders bei einer Glastube, die mit Seife und Desinfizientien vor und nach dem Gebrauch abgerieben und vor der Einfüllung der Salbe durch trockene Hitze sterilisiert werden kann. Namentlich die exakte Sterilisierungsmöglichkeit vor und nach dem Gebrauch hat mir die Tube sowohl in der Privatpraxis als in der Poliklinik unentbehrlich gemacht. Sie ist für Kathetergleitmittel ein geradezu idealer und vollkommener Aufbewahrungsbehälter, zumal die Handhabung mit einer Hand möglich ist. Der sterilisierte Katheter wird mit der linken Hand gehalten, während die rechte den Inhalt der Tube ausdrückt. Die Kathetersalben, sowohl wasserlösliche als -unlösliche, werden in Tuben eingefüllt, deren unterstes Ende die Form einer Injektionsspritze hat, so daſs man die Katheterpaste ohne weiteres in die Harnröhre einspritzen kann, um nachher den sterilisierten Katheter einzuführen (Fig. 3a oder mit Ansatz 3c). Nach dem Gebrauch läſst sich das unterste Ende mit Sublimat oder durch vorsichtiges Erhitzen sterilisieren.

c) Als bequemer Behälter für Augensalben. Der Glascylinder ist (Fig. 3b) lang ausgezogen, so daſs die abgerundete Spitze zu gleicher Zeit als Salbenbehälter und als Glasstab für die Augenlider dient. Die Annehmlichkeit für den Patienten besteht darin, daſs er während seiner Berufstätigkeit die Tube jederzeit bequem bei sich führen und anwenden kann.

d) Als Prophylaktikum gegen Gonorrhoe, Lues und Ulcus

molle. Diesem Zwecke dient ein Etui, in dem fünf Tuben (Fig. 3a) sich befinden, von denen die eine eine 20%ige Protargolsalbe, die andere eine 33¹/₃%ige Kalomelsalbe, die dritte Lanolin, die vierte salbenförmige Seife und die fünfte Sublimatpastillen enthält.

e) Zur Salbenbehandlung der Pars anterior und posterior der männlichen und zur Behandlung der weiblichen Urethra. Für die Behandlung der Pars anterior wird die Salbe in Tuben (Fig. 3a) eingeführt. Ich habe bisher mit gutem Erfolg 2—5%ige Argonin- und 1—4%ige Protargolsalben und nach Beseitigung der Gonokokken 1—2%ige Zincum sulfuricum-Salben angewandt. Auch eine 5%ige Ichthyolsalbe hat sich vorteilhaft bewährt.

Für die Salbenbehandlung der Pars posterior wird auf die Tube (Fig. 1) ein Guyon- oder ein Nelaton-Katheter aufgesetzt. Diese Methode ist wegen der unbedingten Sterilisierungsmöglichkeit der unreinlichen Tommasolischen Salbenspritze entschieden vorzuziehen.

Die Salben werden vom Apotheker steril in die vorher mit trockener Hitze sterilisierten Tuben eingeführt.

Für die weibliche Harnröhre verwende ich mit Vorteil die in Fig. 3a abgebildete Tube, jedoch auch die Tube Fig. 1 mit passendem Hartgummiansatz.

f) Zur Fistelbehandlung mit Jodoformsalben verwende ich Fig. 1 mit Hartgummiansatz oder Fig. 3a.

g) Zur Behandlung der Vaginitis und Endometritis mit Ichthyolsalben an Stelle des bisherigen Ichthyol-Glycerins. Zu diesem Zwecke werden Salbenröhren (gerade oder gebogen) mit steril eingefüllter Salbe verwendet (Fig. 4a). Die Annehmlichkeit für die Patientin besteht darin, dafs sie die Einführung zu Hause selbst vornehmen kann. Nachdem die Patientin einen Teil der graduierten Tube mit Hilfe des Gummiballons ausgeprefst hat, legt sie als Abschlufs einen Vaginalwattetampon ein. Namentlich bei dieser Form der Applikation ist es höchst angenehm, dafs nach dem Gebrauch die Tube mit Seife und Lysol gründlich gereinigt werden kann.

Zur Salbenbehandlung der Cervix uteri habe ich eine 10—30%ige Ichthyolsalbe mit Hilfe der Tube Fig. 3b oder mit Tube Fig. 1 und passendem Hartgummiansatzstück verwandt. Auch als Antikonzipiens läfst sich Tube Fig. 4a mit entsprechenden Salben (Chinin. muriat., Acid. boric. usw.) gefüllt verwenden.

h) Als Behälter für Quecksilber-, Silber-, Pyrogallol- und sonstige Salben, die durch Licht und Luft eine Veränderung erleiden.

i) Zur Salbenbehandlung bei Mastdarmkatarrh und Hämorrhoiden an Stelle der Rosenheimschen Spritze.

Ich habe den Hartgummiansatz der ROSENHEIMschen Salbenspritze meiner Tube aufgesetzt und mit vorzüglichem Erfolg folgende Salbe, die der Patient täglich ein- bis zweimal sich in den After selbst einspritzt, verwandt:

℞ *Xeroform*
Orthoform aa 10,0
Lanolin
Vaselin aa 100,0
Mfmg. Ds.

Diese Salbe wird steril in sterilisierte Glasröhren von 200 g gefüllt. Auf die Glasröhre wird am einen Ende der Gummiball und am anderen Ende der gebogene Hartgummiansatz aufgesetzt, den der Patient sich selbst wegen der gebogenen Form in den Anus einführen kann (Fig. 4b).

Wenn ich nach Aufstellung der hauptsächlichsten Indikationen noch die Vorteile dieser Methode im allgemeinen erwähne, so sind es folgende:

1. Die Billigkeit und Sparsamkeit der Salbenanwendung, da die Salben in passenden Glasröhren oder Porzellanröhren geliefert werden, die kaum teurer sind als die bisher gebräuchlichen Porzellankruken, dafür aber den Vorteil unerreichter Sauberkeit haben. Der Gummiballon läfst sich immer wieder und wieder verwenden.

2. Die Bequemlichkeit der Anwendung, da die Tube mit einer Hand durch den geringsten Daumendruck in Tätigkeit tritt.

3. Die Salbe ist von der Luft vollständig abgeschlossen und bleibt daher vor Verunreinigungen von aufsen vollständig geschützt.

4. Oxydationen können bei Salben mit reduzierenden Substanzen (Pyrogallol, β-Naphtol, Chrysarobin usw.) nicht eintreten, daher sind die eingefüllten Medikamente viel wirkungsvoller, da sie nur im Augenblicke der Applikation ihre volle reduzierende Wirkung entfalten werden.

5. Die Lichteinwirkung läfst sich bei Silbersalben durch braunes Glas abhalten.

6. Vollständig durchzuführende Sterilisierung der Tube und Inhalt und absolute Reinigungsmöglichkeit der Aufsenfläche der Tube vor und nach dem Gebrauch.

7. Fortwährende Augenkontrolle der verbrauchten Salbenmenge und genaue Dosierung durch einen auf der Tube angebrachten Mafsstab.

8. Das Fortfallen von Pinsel und Salbengefäfs, dessen Rand und Deckel namentlich bei schwarzgefärbten Salben sich immer mit diesen verklebt.

Die Aërotuba und die Ersatzteile werden hergestellt von der Instrumentenfirma H. Windler, Berlin N, Friedrichstrafse 133a.

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 25. April (8. Mai) 1909.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Gellat demonstriert eine Kranke mit einer **syphilitischen Affektion** der Nasenknochen; es war unmöglich in diesem Falle eine Paraffinprothese anzuwenden und da bei der ersten Untersuchung nur beide Nasenöffnungen eingewachsen zu sein schienen, so meinte der Referent, es wäre genügend, die Narben der weichen Nasenteile zu spalten und eine Protese aus Hartgummi zu applizieren. Bei der weiteren Untersuchung erwies es sich aber, dafs man mit einer Knochennarbe des Foramen pyriforme selbst zu tun habe; darauf trennte der Referent die weichen Teile der Oberkiefer ab, spaltete das eingewachsene Foramen pyrif. und, nach der Abheilung der Wunde der weichen Teile, führte die Hartgummiprothese ein. Diese Prothese wird durch den Druck der weichen Nasenteile in ihrer Stellung fixiert.

2. Morosoff (im Namen des abwesenden Kollegen Kudriawsky) stellt einen Kranken mit sehr ausgedehntem Exanthem vor; der Ausschlag besteht schon acht Monate ohne Veränderung, ohne Jucken, mit sehr feiner Abschuppung. Syphilis ist ausgeschlossen.

Bei der Diskussion betreffs des von Morosoff demonstrierten Falles, an welcher Jelzina, Bormann, Kogan, Schafir und Pawlof sich beteiligen, ergab es sich, dafs, bei vollständiger Ausschliefsung der Syphilis, der vorgestellte Fall die gröfste Ähnlichkeit mit **Parapsoriasis** hat.

Sabolotny bemerkt betreffs dieses Falles, sich auf seine zahlreichen Untersuchungen stützend, dafs in all den ausgedehnten, stark ausgesprochenen Hautsyphiliden man stets Spirochaeta pallida in grofser Anzahl findet; es würde also in diesem Falle ein negativer Spirochätenbefund entschieden gegen Syphilis sprechen.

Solowieff meint, es wäre nicht übel, noch aufserdem in diesem Falle die Wassermannsche Reaktion anzuwenden.

3. Bormann stellt einen Kranken vor, bei welchem er die Röntgenbehandlung wegen **Sycosis barbae** (staph.) mit gutem Erfolge angewendet hat.

4. Diatchkoff demonstriert einen Syphilitiker, bei welchem nach Beendigung der ersten antisyphilitischen Kur sich zahlreiche Furunkel zeigten, die mit Narbenbildung heilten; bald darauf hat sich auf den derartig entstandenen Narben ein Syphilisrezidiv entwickelt nach einem Typus der Cauterisatio provocatoria; später bei der zweiten antisyphilitischen Kur haben sich frische syphilitische Papeln auf den Stellen des ersten Ausschlages intra therapiam entwickelt. Die Demonstration wird durch Photographien erklärt.

Diskussion: Pawloff besinnt sich betreffs D.-Falles einer Kranken aus seiner Privatpraxis; die Patientin litt an einer Follikulitis; nach Abheilung derselben haben sich um die nachgebliebenen Narben herum sehr regelmäfsige psoriatische Scheiben entwickelt; P. meint, dafs in jedem Falle allgemeiner Erkrankung, als auch bei der Syphilis, jede neue Erkrankung eine latent verlaufene Krankheit hervorrufen kann.

5. Sabolotny hält einen Vortrag: **„Über den Stand der Syphilisspirochäte in der Reihe der anderen Mikroorganismen.“**

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 8.

1. **Beitrag zur Naevuslokalisation**, von Felix Pinkus-Berlin. Beschreibung und Abbildung eines Falles von spiraligem Naevus der seitlichen Brusthaut an der Stelle eines Haarwirbels, der aber nicht wie die bisher beschriebenen, häufig vorkommenden Wirbel an der Seite des Rumpfes divergent, sondern konvergent war; die Haare liefen von allen Seiten in dem Wirbel zu einer Spitze zusammen. Die Haarrichtung folgte genau den Linien des Naevus. — Die Stellen solcher Wirbel, und zwar sowohl normaler wie abnormer, sind offenbar schon lange vor der Entstehung der Haare als spiralige Bildungen angelegt.

Wie vielfach die segmentalen Anordnungen pathologisch in Naevusform verändert sein können, zeigte ein von P. beobachteter Fall, in dem eine größere Zahl von flachen, pigmentierten Naevis streng gekreuzt angeordnet war. Die meisten Naevi fanden sich in fünf Gruppen vereint auf der linken Körperhälfte, an den korrespondierenden Stellen der rechten Seite war die Haut unverändert; dagegen war ein großer Teil der Brust- und Bauchhaut rechts von einem großen Pigmentnaevus eingenommen, dem links wiederum normale Haut entsprach. Fast alle Dermatome des Rumpfes waren so entweder rechts oder links von Pigmentflecken bedeckt. Dieselbe Kreuzung von Naevis fand P. noch in einem anderen Falle.

2. **Lepra der Knochen**, von M. Hirschberg und R. Biehler-Riga. (Heft 7 und 8.) Nach einem kurzen Bericht über die bisherige Literatur über Knochenerkrankungen bei Lepra teilen die Verfasser 22 einschlägige Krankengeschichten mit und beschreiben auf Grund ihrer persönlichen Erfahrungen die klinischen Erscheinungen bei Knochenlepra sowie die röntgenologischen und die pathologisch-anatomischen Befunde, die überdies in vier Tafeln abgebildet sind. Aus ihren Beobachtungen ziehen sie folgende Schlüsse:

Bei den leprösen Knochenerkrankungen sind ebenso wie bei den äußeren Symptomen der Lepra zwei Prinzipien vorherrschend tätig, ein plastisch-entzündliches, hypertrophisierendes und ein atrophisch-degenerativ-nervöses; letzteres tritt aber fast immer bald zum ersteren hinzu. Man ist somit berechtigt, von tuberösen und nervösen (trophoneurotischen) Knochenveränderungen zu sprechen.

Zu den tuberösen Lepraerkrankungen der Knochen muß man die bei der Lepra tuberosa auftretenden Periostitiden, Ostitiden, Knochenleprome und osteomyelitischen Prozesse zählen. In allen diesen Formen werden Bazillen in größerer Menge angetroffen. Differentialdiagnostisch gegen Lues und Tuberkulose spricht die mangelhafte Ausprägung des Reaktionswalles um die Knochenleprome. Die häufigste Knochenerkrankung bei Lepra tuberosa ist die circumskripte oder diffuse, aber nie zirkuläre Periostitis, während die anderen Knochenerkrankungen nur gelegentlich zur Beobachtung gelangen. Im allgemeinen kann man bei der Lepra tuberosa sagen, daß die Knochenerkrankungen durchaus nicht parallel zur Schwere des Falles stehen, umgekehrt wie bei der Lepra nervorum. Das Bild der reinen Lepra tuberosa wird sehr bald durch hinzutretende trophoneurotische Veränderungen getrübt, andererseits haben die akut leprösen Erscheinungen die Tendenz zur Abheilung im Sinne Hansens mit Hinterlassung auffallender, bleibender Stigmata.

Die durch entzündliche und atrophische Einflüsse leprös veränderten Knochen unterliegen leicht Veränderungen, welche ihre Richtung entsprechend dem Band und Muskelzug nehmen. Dieser Muskelzugeinflufs findet sich an den Extremitätenknochen sowohl Tuberolepröser als auch ganz besonders an denen Neurolepröser.

Die makulöse Form, als leichte abortive makulo-anästhetische (Nervenform) aufgefafst, zeigt einerseits Andeutungen von leichten entzündlichen Erscheinungen (Periostitis) und andererseits trophoneurotische Erkrankungen der Knochen, die der leichteren Form der Lepra nervorum eigentümlich sind.

Bei Lepra nervorum findet sich eine grofse Anzahl von Veränderungen an den Knochen, Gelenken und in der Umgebung der Knochen, und zwar besonders gehäuft bei den älteren, sogenannten trophoneurotischen Erkrankungen. Die Schwere solcher Fälle wird durch die Knochenerkrankungen bedingt. Freilich treten diese in manchen Fällen auch frühzeitig auf. Die Knochenveränderungen stehen zum geringsten Teile im direkten Zusammenhang mit dem Bazillenbefunde, der in den trophoneurotischen Fällen der Verfasser absolut negativ ausfiel.

Zwischen den Knochenveränderungen der Lepra tuberosa und den der Lepra nervorum gibt es gewisse unterscheidende Momente, welche bei der tuberösen Form der gröfseren Aktivität der Bazillen ihr Entstehen verdanken und entzündlich-plastischer Art sind, während sie bei Lepra nervorum vorwiegend degenerativer Natur sind. Freilich mufs hier der Vorhalt gemacht werden, dafs auch zu den Knochenaffektionen bei Lepra tuberosa sehr frühzeitig degenerative Vorgänge sich hinzugesellen. Das läfst sich röntgenologisch schön beweisen, so dafs man sagen kann, dafs es eher reine Nervenfälle als reine tuberöse gibt.

Bei Lepra nervorum werden zuerst die peripheren Extremitätenknochen ergriffen; die Knochenzerstörungen treten an den Zehenknochen früher und intensiver auf; die Fufswurzelknochen werden später ergriffen. Die Fingerknochen erkranken meist etwas später als die Zehenknochen, die Handwurzelknochen erkranken seltener als die Fufswurzelknochen. Die Tibia und Fibula, Ulna und Radius werden periostitisch ähnlich wie bei Lues ergriffen; im ganzen sind aber die periostitisch-entzündlichen Vorgänge und die Exostosenbildungen bei Lepra nervorum nicht so ausgeprägt wie bei Lepra tuberosa. Es kann sich jedoch die neurolepröse Knochenveränderung auf das ganze Skelett erstrecken, so dafs man eine Atrophie des gesamten Knochensystems anzunehmen berechtigt ist. Vereinzelt wurden auch Knochenveränderungen an den Rippen und den flachen Schädelknochen gefunden. Die Veränderungen sind: die schon erwähnten Periostitiden mit und ohne Exostosenbildung, Atrophien des Kalkgehaltes (Kalisteresis) des Knochengewebes ex- und endostal, Erweiterung der Markräume der Gelenkflächen, Knorpelschwund derselben, trockener Schwund, Karies, flüssige Nekrose mit und ohne Gasbildung (Mischinfektion), Einschmelzung, Frakturierung, Mutilation, Sequesterbildung und sekundäre Deformationen. Ankylosenbildung an den Gelenken kommt vor. Die Knochenerkrankungen bei der Lepra nervorum sind ähnlich, wie man sie bei vielen anderen sogenannten trophoneurotischen systematisierten Nervenerkrankungen findet, z. B. bei Tabes, Syringomyelie, Morvanscher Krankheit, Sklerodaktylie, Raynaudscher Krankheit, Ainhum, nur dafs sie bei Lepra vervorum gehäufter und gewissermafsen brutaler auftreten.

Ein 174 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis bildet den Schlufs der Arbeit.

Götz-München.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 10.

I. **Kulturversuche der Spirochaeta pallida,** von GEORG ARNHEIM. A. prüfte die von SCHERESCHEWSKY in der *Deutsch. Med. Wochenschr.* 1909 Nr. 19 angegebene Kulturmethode nach; er fand, daſs sich in einer gewissen Zahl von Fällen bei frischer Syphilis durch Aussaat, die reich an Spirochäten ist, in den Kulturen manchmal Spirochäten in bedeutender Menge nachweisen lassen, ohne daſs damit bewiesen ist, daſs eine Vermehrung der ausgesäten Spirochäten stattgefunden hat, noch daſs es sich um wirkliche Pallidae handeln müsse. Danach ist durch die SCHERESCHEWSKYsche Methode eine Klärung der Frage der Reinkultivierung der Spirochäten bei Syphilis noch nicht erzielt worden.

II. **Zur Frage der Hautpigmente,** von F. B. SOLGER-Rostock. S. betont wiederholt seinen Standpunkt, daſs DIESINGS Annahme, daſs jegliches Pigment des Organismus auf das Pigment des Rete Malpighi zurückgeführt werden müsse, unvereinbar ist mit der Tatsache des Bestehens albinotischer Individuen, und daſs DIESINGS Folgerungen deshalb zurückzuweisen sind. *Schourp-Danzig.*

Heft 11.

Naevi gleicher Lokalisation bei drei Generationen, von B. SOLGER-Neiſse. Ein kleiner, spindelförmig gestalteter, schwarzgrau pigmentierter Naevus in der Glabellagegend der Stirn soll sich nach den Angaben der Patientin und anderer Familienangehöriger bei der Mutter und Groſsmutter in ganz ähnlicher Weise vorgefunden haben. Dies scheint dafür zu sprechen, daſs auch einzelnstehende Naevi auf Störungen in dem Ablauf frühester Entwicklungsvorgänge zurückzuführen sind.

W. Lehmann-Stettin.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 13. Nr. 7.

I. **Erworbene Geschlechtskrankheiten bei Kindern,** von FLORA POLLACK-Baltimore. Nichts Neues.

II. **Klinische Bedeutung der Hämaturie,** von EDWARD A. BALLOCH-Washington. Drei Krankheitsgeschichten. Bei einer schwangeren Frau wies die Hämaturie auf chronische interstitielle Nephritis hin, bei einem Manne auf einen Nierentumor und in dem dritten Falle auf einen Nierenstein.

III. **Einige praktische Beobachtungen beim Gebrauch des Katheters,** von HOWARD COUTCHER-Roswell.

IV. **Prostatahypertrophie,** von WORCESTER A. BRYAN-Nashville. Nichts Neues.

V. **Die Krankheit „Uta" und die pathologischen Deformitäten an den Töpferwaren des alten Peru,** von ALBERT S. ASHMEAD-New York. Die auf den Töpferwaren des alten Peru befindlichen Figuren zeigen die noch heute stark verbreitete „Uta"-Krankheit. Diese erinnert einesteils an Lupus vulgaris, anderenteils an Ulcus rodens. Viele Uta-Kranke reagieren auf Tuberkulininjektionen.

VI. **Akne vulgaris unter Berücksichtigung der Behandlung,** von THOMAS LOWE-Pipestone. Heiſswasserbehandlung und Kalium carbonicum-Schwefelsalbe sind die hauptsächlichsten Vorschläge des Verfassers.

VII. **Urologische und dermatologische Erfahrungssätze,** von NOAH E. ARMSTRONG-Detroit. Unter dem Bilde eines Ekzems kann Skabies stecken. Auch mit syphilitischen Hauterscheinungen kann zugleich Skabies vorhanden sein. — Atoxyl ist von unschätzbarer therapeutischer Wirkung bei parasyphilitischen Erscheinungen. — Unter den Komplikationen der Blennorrhoe nimmt die periurethrale Follikulitis

mit Abscefsbildung einen Hauptplatz ein. Entstellende Narben bei tiefgreifenden Verbrennungen werden gut beeinflufst durch Thiosinamin- (15%ige) oder Fibrolysin- (10%ige) Injektionen. Bei Hauttuberkulose leistet Aristolpaste oder Aristolöl erfolgreiche Dienste. Die sogenannte Spermatorrhoe ist meistenteils nichts anders als vermehrte Prostatasekretion.

VIII. **Die Hauptformen der Hauttuberkulose,** von Alfred Sihalek-Omaha. Nichts Neues.

IX. **Eine Fehldiagnose und fehlerhafte Behandlung in der Chirurgie der Geschlechtskrankheiten,** von Charles F. Wahrer-Fort Madison. Ein Mann war auf Grund seiner Klagen von drei Ärzten an Nephritis, Cystitis und Blasenstein usw. behandelt worden. Er hatte tatsächlich ein kleines Ulcus der Harnröhrenschleimhaut, etwa ein Zoll weit vom Orificium.

X. **Dermatitis venenata,** von Edward Pisko-New York. Fall von Dermatitis durch Berührung mit Rhus.

XI. **Hartnäckiger Fall von Ulcera varicosa ekzematosa,** von Oscar Rotter-New York. Fall einer 75jährigen Frau mit Beingeschwüren, die 20 Jahre bestanden.

XII. **Neger-Albinos,** von Harvin Cooper Moore-Houston. Unter fünf Kindern eines Negerpaares sind zwei Neger und drei völlige Albinos.

Band 13. Nr. 8.

I. **Über Diagnose und Therapie der ulcerösen Hautveränderungen bei Syphilis,** von Henry Beates-Philadelphia.

II. **Die Hautveränderungen bei Pellagra,** von Bernard Wolff-Atlanta. Die Diagnose des Erythema pellagrosum ist am sichersten aus den Begleiterscheinungen zu schliefsen; im Frühstadium ist das Pellagraerythem schwer von anderen Erythemformen zu trennen; im späteren Stadium macht die Klarstellung weniger Schwierigkeit, da die Pigmentation und Desquamation mit den Magendarm- und Cerebrospinalsymptomen kennzeichnend wirken.

III. **Hautsymptome der Hodgkinschen Krankheit,** von Jefferson D. Bloom-New Orleans. In erster Linie sind die Lymphdrüsen, erst in zweiter die Milz und das Knochenmark befallen. Die Lymphdrüsen wachsen zuweilen zu sehr grofsen Geschwülsten an, die schwere örtliche Störungen verursachen.

IV. **Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens,** von Clifton M. Miller-Richmond. Kasuistik.

V. **Zwei Fälle von osteoplastischem Prostatacarcinom,** von George Blumer-New Haven. Kasuistik und Übersicht über die einschlägige Literatur.

VI. **Die Anzahl der Ureteren beim Manne — komplette unilaterale Duplizität,** von Byron Robinson-Chicago. Studie über Anomalien der Harnleiter mit Fällen aus der Literatur und eigener Beobachtung.

VII. **Hypospadie,** von Ernest Hall-Vancouver. Operationstechnik.

VIII. **Nachruf für Dr. Juan de Dios Carrasquilla.** 1833—1908, von Albert S. Ashmead-New York.

Schourp-Danzig.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

1909. Heft 2.

1. **Eine Dermoidcyste am Frenulum praeputii.** Kasuistische Mitteilung, von Y. Fukushima. Ein sechsjähriger Knabe, Sohn eines Bauern, soll schon bei der Geburt ein stecknadelkopfgrofses Knötchen am Frenulum gehabt haben. Anfangs blieb dasselbe unverändert, begann aber vom dritten Lebensjahre ab an Gröfse zuzunehmen und bildete schliefslich einen daumenspitzengrofsen, rundlichen, glatten, schmerzlosen

Tumor von teigigweicher Konsistenz. Die Haut darüber war normal gefärbt, gespannt und nicht in Falten abhebbar. Unter der Diagnose einer Dermoidcyste wurde der Tumor vom Verfasser exstipiert, und tatsächlich fanden sich im Innern der kleinen Geschwulst zahlreiche feine Haare neben gelblichweifser knorpliger Substanz.

2. **Über die Wirkung der Heifsluftbäder gegen Epididymitis blennorrhoica,** von S. Mihara. Die Heifsluftbäder beseitigen sofort die lokalen Schmerzen, kürzen den Verlauf der Krankheit bedeutend ab und lassen keine Induration am Nebenhoden zurück.

1909. Heft 3.

1. **Die physiko-chemische Untersuchung für die funktionelle Nierendiagnostik vor der Operation durch den Ureterkatheterismus,** von T. Tanaka. Nichts Neues.

2. **Über Prostatahypertrophie,** von T. Kitagawa. Verfasser hat den Eindruck, dafs dieselbe in Japan viel seltener vorkomme als in Europa.

1909. Heft 4.

1. **Ein dem Pemphigus vegetans ähnlicher Fall.** Kasuistische Mitteilung, von K. Sakurane und T. Shiga. Eingehend mitgeteilter Fall mit histologischen, bakteriologischen und Blutuntersuchungen. Die Verfasser möchten den Fall in die Gruppe der Pyodermite végétante Hallopeau einreihen und dem Mangel an freier Salzsäure im Mageninhalt eine gewisse ätiologische Beziehung zuschreiben.

2. **Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati),** von T. Shidachiin-Tokio. Der Verfasser berichtet über fünf Fälle dieser seltenen Form der Jodexantheme, die er in der Berner dermatologischen Klinik beobachtete, und erörtert die Unterschiede, die die Affektion vom Erythema nodosum und vom tuberösen Jododerma abtrennen. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica.

Band IV, Nr. 2. August 1909.

1. **Pyonephrosis gravidarum,** von Karaffa-Korbut-St. Petersburg. Die Schwangerschaft gibt tatsächlich in einigen Fällen ein ursächliches Moment ab zur Entwicklung von Hydronephrose und ein prädisponierendes Moment zur Infizierung letzteren und zur Umwandlung der Hydronephrose in Pyonephrose. Der infizierende Mikroorganismus ist meist das Bacterium coli commune. Die Therapie mufs eine chirurgische (Nephrektomie) sein, da die Prognose bei exspektativer Behandlung ziemlich ungünstig ist, und zwar sowohl für die Mutter wie für das Kind.

2. **Untersuchungen über das menschliche Sperma,** von Karl von Hofmann-Wien. Chemische Untersuchungen.

3. **Über Teleangiektasien der Harnblase,** von Robert Bachrach-Wien. Ein 13jähriges Mädchen hat seit ca. 1½ Jahren Blutungen, die erst als menstruelle angesehen wurden, trotz der unregelmäfsigen Intervalle und oft langen Dauer, bis eine cystoskopische Untersuchung ein etwa kirschkerngrofses, in das Blasenkavum prominierendes Gebilde nachwies, welches aus einem Konvolut von teils durchscheinenden, teils opaken, also thrombosierten ektatischen Venen bestand. Wiedergabe des cystoskopischen Bildes.

4. **Radikaloperationen bei Nierenaffektionen.** Beobachtungen und Betrachtungen, von Dante Pollara. Bericht über die in den Jahren 1902—1908 in der chirurgischen Klinik zu Messina operierten Nierenfälle. *W. Lehmann-Stettin.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 2.

I. **Das neue österreichische Gesetz betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und dessen Berücksichtigung der Geschlechtskrankheiten,** von Oscar Scheuer-Wien. In dem neuen Gesetzentwurf ist von den ansteckenden Geschlechtskrankheiten überhaupt nicht die Rede; ebenso fehlen allerdings auch Abwehrmaſsregeln gegen die Tuberkulose. Der Verfasser stellt Betrachtungen über die gesetzlichen Abwehrmaſsnahmen in den anderen europäischen Staaten bezüglich der Geschlechtskrankheiten an und fordert gesetzliche Regelung der Anzeigepflicht und der Verschwiegenheitsverpflichtung der Ärzte.

II. **Die Prostitutionsfrage in New York,** von Frederic Bierhoff-New York. (Fortsetzung.) Gesetze, welche die Prostitution und die Kuppelei usw. betreffen, werden ausführlich vom Verfasser angeführt, um darnach zu zeigen, wie die Vorschriften von der Polizei gehandhabt werden. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Heft 14.

Die Bilharziakrankheit der Harnorgane, von Maurice Letulle. Ausführliche Beschreibung der anatomischen und histologischen Befunde bei einem 23jährigen Kongoneger, der auſser mit verschiedenen Darmschmarotzern — Ankylostoma duodenale, Trichocephalus dispar und Ascaris lumbricoides — mit Distoma haematobium infiziert an einer Bronchopneumonie gestorben war; die Bilharziakrankheit hatte sich primär in den Harnorganen lokalisiert.

Bei der Sektion fand sich die Harnblase gefüllt mit Urin, der sehr viel Eiter und zahlreiche Bilharziaeier enthielt. Die Blase selbst war klein, kontrahiert, ihre verdickte, harte Wandung wies die Erscheinungen einer tiefgreifenden, chronischen, ulcerösen Entzündung auf, in die Blasenschleimhaut waren zahlreiche Bilharziaeier eingebettet, die aber keine Embryonen mehr enthielten und von infiltriertem Gewebe umgeben waren. Das Bindegewebe zwischen Submucosa und Muscularis erschien verdichtet, an manchen Stellen sklerotisch, zwischendrin lagen inselförmige Entzündungsherde. Die Submucosa war ungewöhnlich reich an elastischen Fasern, während solche im Corium der Mucosa fast ganz fehlten. Die Ureteren waren in ihrem peripheren Ende verdickt und rigide, ihre Schleimhaut schloſs an der Blasenmündung eine groſse Zahl Eier ein; auch in die von den Harnleitern ausgehenden Muskelfasern waren Eier eingelagert. Die Prostata war im Zustande einer chronischen, proliferierenden Entzündung; sie enthielt zahlreiche Prostatakörner, das Epithel war zum Teil in geschichtetes Plattenepithel umgewandelt, im interstitiellen Gewebe fanden sich zahlreiche verkalkte Eier. Einzelne Prostatadrüsen waren vereitert; diese Drüsenabscesse enthielten ebenfalls Eier, im übrigen aber waren in den Drüsen und Drüsenausführungsgängen der Prostata Eier nicht vorhanden. Die Samenblasen erschienen makroskopisch intakt; doch enthielten ihre an der peritonealen Oberfläche befindlichen glatten Muskelfasern verkalkte Eier, ihre Arterien und Venen wiesen zum Teil eine chronische Entzündung der Intima auf, das der Oberfläche der Samenblasen entsprechende Gebiet des Peritoneums lieſs die Zeichen einer exsudativen, pseudomembranösen Entzündung erkennen. Auch in der Muscularis und im Bindegewebe der Samenleiter fanden sich leere Schalen von Bilharziaeiern, in deren Umgebung das fibrös-elastische Gewebe verdickt, die elastischen Fasern vermehrt waren. Die Nieren waren hyperämisch, aber ohne schwerere anatomische Veränderungen und frei von Eiern; dagegen enthielten die Lungen, die Milz und die Submucosa des Rektums

verkalkte leere Eierschalen. Im Lumen der Vena lienalis, der Vena mesenterica superior und der Pfortader befanden sich, zumeist von Blutgerinnseln umgeben, mehrere männliche Exemplare von Distoma haematobium; Weibchen waren nirgends zu sehen.

Die Bilharziainfektion breitet sich hauptsächlich durch direktes Fortschreiten in benachbartes Gewebe, viel weniger auf embolischem Wege durch die Blut- und Lymphgefäfse aus. Ob allerdings die embolische Verschleppung der Parasiten nicht doch häufiger ist als bisher angenommen wurde, kann nur durch genaue mikroskopische Untersuchung der inneren Organe in allen zur Sektion gelangenden Fällen festgestellt werden. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 7. Juli 1909.

1. **Vorläufige Notiz über hämolytischen Ikterus bei sekundärer Syphilis,** von Gaucher und Giroux. Der einfache katarrhalische Ikterus, der direkt oder auf dem Wege gastro-intestinaler Störungen mit der Syphilis zusammenhängt und als Zeichen der „biliären Intoxikation" von Pruritus, Bradycardie usw. begleitet zu sein pflegt, ist häufig und bekannt. Die Verfasser sind in der Lage gewesen, zwei Fälle zu beobachten, bei denen sich im Urin statt Gallenfarbstoffen sehr viel Urobilin fand, und die Veränderungen des Blutes für den hämolytischen Charakter des Ikterus sprachen.

2. **Die Syphilis bei den mohamedanischen Eingeborenen von Tunis,** von René Broc-Paris. Die Syphilis ist unter den Eingeborenen der französischen Kolonie Tunis aufserordentlich stark verbreitet; einzelne Autoren sprechen von zwei Dritteln der ganzen Bevölkerung! Dies liegt an dem gänzlichen Vernachlässigen der Erkrankung, solange nicht subjektive Symptome, Verstümmelungen usw. den Patienten zum Arzt treiben, und andererseits an den unhygienischen Sitten, dem gemeinsamen Gebrauch besonders der Rauchutensilien usw., die die extragenitale Übertragung in jeder Weise begünstigen. Verfasser hat relativ sehr wenig sekundäre Syphilis gesehen, eigentlich nur als gelegentlichen Befund bei Patienten, die mit ganz anderen Beschwerden zum Arzt kamen, dagegen ungeheuer viel tertiäre Formen mit Verstümmelungen, besonders am Genitale, an Nase, Pharynx, Larynx usw. Dagegen hat er wenig viscerale und cerebrale Komplikationen beobachtet, gar keine Tabes und Paralyse. Er glaubt, dafs dies wohl mehr der Rasseneigenart, der Lebensweise und dem Klima, als einer verschiedenen Virulenz des Virus zuzuschreiben ist.

3. **Die Quecksilber-Influenza,** von Bizard und A. Lévy-Bing. Unter der Bezeichnung „Grippe mercurielle" fassen die Autoren eine Reihe von Krankheitserscheinungen zusammen, die infolge der Hg-Einwirkung bei dazu disponierten Kranken beobachtet werden, ohne dafs die verwendeten Dosen die Normaldosen überschritten haben, und die im Gegensatz zu anderen Äufserungen einer Hg-Intoxikation nur nach Injektionen mit unlöslichen Salzen auftreten sollen. Sie beschreiben verschiedene Formen dieses „Krankheitsbildes": 1. Die asthenische Form, deren Hauptkennzeichen die geistige und körperliche Ermüdung und Erschlaffung ist; 2. die fieberhafte Form, die mit abendlichen Temperatursteigerungen und gastro-intestinalen Symptomen einhergeht; und schliefslich 3. die eigentliche Grippe mit thorakalen Symptomen: leichtem Fieber, ausgesprochener Mattigkeit, dem schmerzhaften Gefühl des Zusammenziehens des Thorax, schneller, verkürzter und schmerzhafter Respiration. Dabei sind Darmstörungen, Albumen im Urin usw. nichts Seltenes. Die Prognose ist stets eine absolut günstige, doch mufs auf Monate hinaus jede Behandlung mit unlöslichen Salzen in der Form der Injektionen unterbleiben.

4. **Brown-Sequardscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs mit Syringomyelie-ähnlichen Sensibilitätsstörungen,** von Millian und Neveux. Ausführlich mitgeteilter Fall eines 31jährigen Dienstmädchens. Fast vollständiger Rückgang der einzelnen Symptome unter spezifischer Behandlung.

5. **Schwerer Fall von Tabes, erfolgreich mit Kalomelinjektionen (40%) behandelt,** von Sanglier-Madrid. Kasuistik. *W. Lehmann-Stettin.*

Bücherbesprechungen.

Die Schönheitspflege. Für Ärzte und gebildete Laien dargestellt von Orlowski-Berlin. Zweite Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag, 1909. Im Vorwort zur zweiten Auflage seines Werkchens wendet sich O. gegen den von der Kritik beim Erscheinen der ersten Auflage gemachten Einwurf, dafs das Buch dem Arzte zu wenig, dem Laien zu viel bringe. Dieser Einwurf besteht jedoch zweifellos zu recht. Mag auch Einzelnes, z. B. die Schilderung der Technik der kosmetischen Massage, für die Mehrzahl der Ärzte interessant und neu sein, im ganzen ist das, was dem Arzte geboten wird, doch recht dürftig. Ein Zuviel für den Laien aber bedeutet zum mindesten die Anführung von Rezepten und Behandlungsmethoden, die dazu führen kann, dafs Patienten vom Arzte ein bestimmtes Medikament oder bestimmte therapeutische Mafsnahmen verlangen. Im übrigen soll nicht bestritten werden, dafs Laien aus dem Buche recht viel Gutes, namentlich in hygienischer Beziehung lernen können. Einige Behauptungen O.s sind entschieden übertrieben oder unrichtig, z. B. „Waschlappen und Schwämme sind nie sauber; ... jeder saubere Mensch entferne also den Waschlappen und Schwamm aus seinem Hause“; „Ärztliche Verordnung medizinischer Seifen wird nur sehr selten vorkommen, da die Mehrzahl überhaupt völlig wirkungslos ist“; „Man kann es täglich beobachten, dafs junge Mädchen, die unter geschlechtlicher Enthaltsamkeit leiden, besonders dann, wenn die ersten Erscheinungen der Altjüngferlichkeit auftreten, gegen 24, eine rote Nase bekommen“ u. a. m. Dafs bei graviden Frauen durch Massage und Tragen straffsitzender Leibbinden und Büstenhalter die Entstehung von Schwangerschaftsnarben wesentlich eingeschränkt oder ganz vermieden werden kann, ist wohl auch nicht richtig. Die schwangeren Frauen empfohlenen gymnastischen Übungen dürften zum Teil nicht ganz ungefährlich sein.

Götz-München.

Hauttuberkulose (Lupus vulgaris usw.) einschliefslich Tuberkulide und Lupus erythematodes, von S. Jessner-Königsberg. (Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 21. Würzburg, Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag, 1909.) Die neueste Publikation J.s steht durchaus auf der Höhe der vorausgegangenen; sie bringt eine präzise, klare Darstellung alles dessen, was der Praktiker über die Hauttuberkulose wissen mufs, namentlich auch eine sehr instruktive kritische Würdigung der gebräuchlichen therapeutischen Mafsnahmen. Rühmend hervorgehoben sei besonders die Besprechung der Lupusbehandlung.

Die beiden Arten der Hauttuberkulose bezeichnet J. als „bazillogene“ und „toxinogene“ (Tuberkulide). Zur bazillogenen gehören 1. Tuberculosis cutanea miliaris (Miliartuberkulose der Haut), 2. Tuberculosis cutanea propria ulcerosa, deren Geschwüre nach J. nicht schmerzhaft sind, 3. Tuberculosis cutanea fungosa, 4. Lupus vulgaris, 5. Tuberculosis cutanea verrucosa (Verruca necrogenica), 6. Scrophuloderma, bei dem

J. zwei Grundtypen unterscheidet, das Scrophuloderma papulosum, das gewöhnlich Lichen scrophulosorum oder Lichen lividus genannt wird, und das Scrophuloderma tubero-ulcerosum. Eine Abart des Scrophuloderma papulosum ist das Scrophuloderma pustulosum, das mit der Acne cachecticorum identisch ist.

Zu den Tuberkuliden zählt J. die Folliclis (Barthelémy), das Erythema induratum (Bazin) und die Pityriasis rubra (Hebra). Ob auch das multiple benigne Sarkom (Boeck), das Angiokeratom und die Pigmenttuberkulide hierher gehören, läſst J. dahingestellt.

Die Besprechung des Lupus erythematodes fügt J. nur aus praktischen Gründen an; ein ätiologischer Zusammenhang dieser Affektion mit der Tuberkulose erscheint ihm zurzeit wenigstens noch sehr fraglich. *Götz-München.*

Therapeutique clinique de la syphilis, von E. Emery und A. Chatin. (Paris, Masson et Cie., 1909.) Die Verfasser teilen ihr umfangreiches Werk in zwei Hauptabschnitte; im ersten wird die allgemeine Behandlung der Syphilis besprochen, im zweiten die spezielle Therapie, wie sie bei den syphilitischen Erkrankungen der einzelnen Organe indiziert ist. Besonders ausführlich und instruktiv sind die Kapitel über die verschiedenen Methoden der Quecksilberbehandlung, ihre Vorzüge und Nachteile und ihre Indikationen, über die Jodtherapie und über den allgemeinen Gang der Behandlung; auf allen diesen Gebieten bleibt das Werk wohl auf keine theoretische oder praktische Frage die Antwort schuldig. Auffallend sind einige Bemerkungen über die Inunktionskuren; die Verfasser meinen, daſs in Ruſsland und in den „germanischen Ländern" Syphilitiker während einer Schmierkur noch dauernd im Zimmer gehalten werden und wiederholt Schwitzprozeduren durchmachen müssen, und daſs eine dreiwöchentliche Schmierkur fast die äuſserste Grenze der Toleranz des Organismus für dieses Verfahren darstellt. Das Mergal kennen die Verfasser noch nicht. — Nicht ganz so ausführlich ist der zweite, spezielle Teil behandelt; insbesondere fehlen Mitteilungen über die Behandlung der Syphilis der Knochen und des Gefäſssystems.

Im allgemeinen empfehlen die Verfasser eine sehr energische und über lange Zeit sich erstreckende Behandlung; sie beginnen damit, sobald das Vorhandensein eines Primäraffektes festgestellt ist, da sie in diesem nur den lokalen Ausdruck einer generalisierten Infektion sehen („mit dem Schanker ist die Syphilis im Blute"). Zur Anwendung gelangen von Anfang an und solange sekundär-syphilitische Erscheinungen vorhanden sind, Injektionen löslicher Quecksilbersalze, später Kalomelinjektionen. Im ersten Jahre nach der Infektion wird acht Monate lang behandelt, im zweiten Jahre sechs, im dritten und vierten und dann im siebenten und achten Jahre je vier Monate lang, auſserdem werden im dritten Jahre vier, im vierten Jahre drei und im fünften Jahre zwei Jodkuren von vier- bis sechswöchentlicher Dauer eingeschaltet; bei diesen werden durchschnittlich 2 g Jodkalium im Tage verabreicht.

Das neue Werk, ein stattlicher, 639 Seiten starker Band, zeugt von sehr eingehenden Studien, von groſser persönlicher Erfahrung und von scharfem, kritischem Urteil; sein Wert ist dementsprechend auch ein sehr groſser, und wer sich gründlich über die Syphilisbehandlung und alle ihre Einzelheiten informieren will, mag getrost nach dem Buche greifen. Eines wird freilich mancher Leser bedauern, daſs nämlich der Nachweis der Spirochaeta pallida und die Serodiagnostik der Syphilis ganz auſser Betracht gelassen sind. Freilich haben diese Errungenschaften der modernen Syphilisforschung einen wirklichen Einfluſs auf die Syphilistherapie bis jetzt noch nicht gewonnen; aber ein Kliniker, der möglichst frühzeitigen Beginn der Syphilisbehandlung aufs wärmste befürwortet, muſs doch auch auf möglichst frühzeitige und gesicherte Diagnose hinarbeiten. Wenn aber die Verfasser bei der Besprechung der Exzision des Schankers, die sie durchaus ablehnen, sagen: „Wer könnte zurzeit, wenn Allgemein-

erscheinungen nach Exzision eines Schankers ausbleiben, mit Sicherheit behaupten, dafs kein diagnostischer Irrtum vorlag, dafs der im Beginn seiner Entwicklung entfernte Schanker wirklich syphilitischer Natur war?", so bekommt dadurch das neu erschienene Buch schon einen etwas veralteten Anstrich. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Lichen planus, von Darier. (*Précis de Dermatologie,* Masson 1909. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 25.) Zusammenhängende Darstellung der Morphologie, des Verlaufs, der Differentialdiagnose und der Behandlung des Lichen ruber planus. Als Varietäten führt D. an: Lichen annularis, Lichen marginatus, Lichen striatus, Lichen zosteriformis, Lichen acuminatus, dann Lichen atrophicus und Lichen obtusus. Der chronische Verlauf des Lichen wird zuweilen durch subakute, an physische oder psychische Störungen sich anschliefsende Exacerbationen unterbrochen. Aufserdem aber kommt auch akuter Lichen vor, der mit diffuser Rötung und Schwellung der Haut beginnt und sich im Laufe eines Monats entwickelt. In der Behandlung legt D. grofses Gewicht auf allgemeine, das Nervensystem kräftigende hydro- und elektrotherapeutische Mafsnahmen und auf Regulierung der Diät in dem Sinne, dafs alle Reizmittel, alle schwer verdaulichen und alle aus nicht ganz frischem Material hergestellten Speisen vermieden werden. Bei Gebrauch von Arsen, das „von der Wiener Schule als spezifisches Medikament angesehen wird", müssen die Patienten sorgfältig überwacht werden, bei der geringsten Störung ist die Arsenverabreichung auszusetzen; bei akutem Lichen und bei subakuten Exacerbationen ist sie überhaupt nicht am Platze. *Götz-München.*

Über einen Fall von Lichen planus atrophicus der Kopfhaut und über die kurative Wirkung der Hochfrequenzströme, von Carlo Vignolo-Lutati-Bologna. (*Il Morgagni.* 1909. Nr. 6.) Bei einem 56jährigen Manne waren zuerst eine, dann mehrere kahle kleine pruriginöse Stellen auf der Kopfhaut aufgetreten. Die zuerst aufgetretene Stelle auf dem Scheitel war bei der Untersuchung zwei Jahre nachher rund, schön umschrieben, im Zentrum glatt und eingesunken, wie eine atrophische Narbe. Die Ränder hingegen waren erhaben, leicht rötlich und glänzend. Die ganze Plaque mafs 2 cm im Durchmesser. In der Umgegend derselben waren die Haare etwas spärlicher. Mit der Lupe betrachtet sah die Stelle durch sich kreuzende Sulci „quadrilliert" aus. In den Maschen dieses Netzwerks waren einige punktförmige Depressionen, die den Follikelöffnungen entsprachen. Zwei oder drei davon waren von einer komedoartigen Hornmasse erfüllt, die auch für das blofse Auge sichtbar war. Zwei kleinere ähnliche Stellen fanden sich symmetrisch auf den Schläfen und drei andere noch kleinere in der Hinterhauptsregion. Letztere waren blafsrosa im Zentrum, während die Ränder erhaben und mehr gerötet waren. In der Umgebung dieser Stellen waren mit dem Finger einige plane, runde Papeln fühlbar, welche rot, hart und glänzend aussahen und an den Lichen planus erinnerten. Die Stellen waren alle stark pruriginös.

Der Verfasser sieht diese Läsionen als Lichen ruber planus mit atrophischer Regression an. Eine Biopsie konnte nicht gemacht werden. Eine mehrere Wochen durchgeführte Applikation von Hochfrequenzströmen vermittelst des OUDINschen Resonators brachte sowohl die pruriginösen als die papulösen Erscheinungen zum Schwinden. Allerdings wurden zuletzt noch subcutane Arseninjektionen vorgenommen. Die atrophischen Stellen wurden natürlich durch die Kur nicht beeinflufst.

Gunsett-Strafsburg.

Bemerkungen zu einem Fall von Pustula maligna, von P. MANCLAIRE und F. JACOULET-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 76.) Es handelte sich um eine 38jährige Person mit gangränöser Ulceration an der Schulter. Dieselbe war von einem Kranz von mit gelbem Serum gefüllten Blasen umgeben und an dieselbe schlofs sich ein ausgedehntes, elastisches Ödem an. Es bestand aufserdem hohes Fieber. Die Ulceration hatte vier Tage vorher als kleine rote Papel mit stecknadelkopfgrofsem schwarzen Punkt in der Mitte begonnen. Die Krankheit heilte nach Exzision des Geschwürs ab.

Das Serum der Blasen enthielt milzbrandähnliche Bazillen. Im Anschlufs an den Fall geben die Verfasser eine Besprechung der Ätiologie und Therapie aus der Literatur der Erkrankung. *Gunsett-Strafsburg.*

Vergleichende Untersuchungen über die Streptokokken des Erysipels, von HECHT und HULLES. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 63, Heft I.) Die Untersuchungen zeigen, dafs die aus Erysipel mit tödlichem Ausgang gezüchteten Streptokokken miteinander und mit den Streptokokken der Eiterungen identisch sind, und dafs wir ein scharfes Unterscheidungsmerkmal zwischen den einzelnen differenten, zwar artgleichen, aber in biologischer und pathogenetischer Hinsicht so verschiedenen Streptokokkenstämmen oder Rassen nicht besitzen. *Haas-Hamburg.*

Symptome und Diagnose des Erysipelas faciei. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 46.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Rhinoskleromuntersuchungen, von M. GOLDZIEHER und E. NEUBER-Budapest. (Vortrag, gehalten in d. Budapester kgl. Ärzteverein, 1909.) Die Ergebnisse lassen sich in folgendem zusammenfassen: 1. Zur Differenzierung des Bakterium FRIEDLÄNDER und des Bakterium Skleromatis, d. h. der zur Gruppe der mit Kapseln versehenen Bazillen, ist ein sehr geeignetes und leicht durchführbares Verfahren die Komplementfixationsreaktion; 2. der Bacillus rhinoskleromatis FRISCH unterscheidet sich biologisch von dem FRIEDLÄNDERschen Bacillus pneumoniae; 3. im Blutserum der rhinoskleromatischen Patienten sind Gegenstoffe vorhanden, so dafs mit ihnen die Komplementfixation leichter durchführbar ist, als die spezifische Reaktion des Sklerombacillus; 4. diese Gegenstoffe geben mit dem FRIEDLÄNDERschen Bacillus keine Komplementfixation; 5. die ätiologische Rolle des Sklerombacillus in der Entstehung des Rhinoskleroms ist erwiesen. Er ist kein unschuldiger Saprophyt der Nasenschleimhaut.

Porosz-Budapest.

Klinische Formen der Sporotrichosis Beurmanni, von H. GOUGEROT-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 44 und 47.) G. gibt in dieser Arbeit eine ausführliche Klinik der Sporotrichosis. Er unterscheidet: 1. Die Sporotrichosis gummosa disseminata mit nicht ulcerierten, ulcerierten und gemischten Formen; letztere mit sekundärer Lymphangitis, subcutanen Abscessen, sekundären Epidermis- und cutanen Läsionen (z. B. Papeln, Follikulitiden, Ekzemstellen usw.), ferner Läsionen der Schleimhäute, Muskeln und Knochen. 2. Die Sporotrichosis localisata, der sporotrichotische Initialaffekt mit Lymphangitis und Adenitis sporotrichotica. Hierher gehört die lokalisierte Sporotrichosis des Kopfes und die Lymphangitis sporotrichotica ascendens der Glieder. 3. Die extracutane Lokalisation der Sporotrichosis. Es können Schleimhäute, Muskeln, Knochen und Synovialmembranen befallen sein.

Viscerale Formen, die beim Tier sehr häufig sind, kommen beim Menschen nicht vor. In bezug auf den Verlauf, den die Sporotrichosis im allgemeinen nimmt, macht G. folgende Unterschiede. Es gibt 1. eine chronische Form, welche das Allgemeinbefinden gänzlich unbeteiligt läfst und solange dauert, bis die Jodkaliumtherapie einsetzt; 2. anämisierende und kachektisierende Form (mit einem Todesfall); 3. eine akute, febrile Form mit schubweisem Auftreten; 4. die heifse Abscedierung der sporotrichotischen Gummen. Prognostisch sind alle Formen der Erkrankung günstig, da sie alle auf Jodkalium heilen, wenn sie bei Zeiten erkannt werden.

Eine ausführliche Bibliographie ist der Arbeit beigegeben. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Vaccinetherapie der Furunkulose, von A. Mauté. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 22.) M. hat im Laufe eines Jahres 29 Fälle von Furunkulose mit subcutanen Injektionen von Antistaphylokokkenvaccine nach Wright behandelt. Für jeden Patienten wurde eine eigene Vaccine aus den Staphylokokken bereitet, die aus dem Eiter eines seiner eigenen Furunkel gezüchtet waren (autogene Vaccine); die Injektionen wurden verschieden oft (5—45 mal) in Zwischenräumen von vier bis fünf Tagen wiederholt, jedesmal wurden 2 ccm Mikrobienemulsion, 500 Millionen abgetötete Staphylokokken enthaltend, eingespritzt. Von den 29 Fällen kamen 25 unter dieser Behandlung zu vollständiger und dauernder Ausheilung, die übrigen vier wurden insofern gebessert, als die noch entstehenden Furunkel viel unbedeutender waren. Bei den Furunkeln, die bei Beginn der Behandlung in der Bildung begriffen waren, liefs unter der Wirkung der Vaccine die Schmerzhaftigkeit nach, dagegen blieben die bereits in Eiterung übergegangenen Furunkel unbeeinflufst und mufsten in der üblichen Weise lokal behandelt werden. Vaccine, die von anderen Patienten stammende Staphylokokken enthielt (heterogene Vaccine), war viel weniger wirksam als autogene doch kann in akuten oder subakuten Fällen fürs erste immerhin heterogene Vaccine injiziert werden, bis autogene zur Verfügung steht; in drei Tagen kann diese in jedem Laboratorium hergestellt werden. *Götz-München.*

Die Furunkulose, von Albert Robin. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 25.) Robin empfiehlt bei Furunkulose zweimal wöchentlich warme Vollbäder mit Zusatz von 15 bis 30 g Natrium sulfuricum, 200 g Soda und 100 g Kochsalz. Furunkel, die eben in der Bildung begriffen sind, können zuweilen durch Pinselung mit Jodtinktur zum Zurückgehen gebracht werden. Wenn bereits Eiterung eingetreten ist, wird mit Jodtinktur gepinselt und inzidiert und nach Entfernung des Pfropfes Schwefel-Kampfer-Glycerinpaste in die Höhle appliziert. Innerlich bekommen die Kranken Schwefel und nach den Mahlzeiten Alkalien, besonders Magnesia, als Getränk bei den Mahlzeiten Teerwasser (!! Ref.; ein bis zwei Efslöffel voll Teer mit viel Wasser angerührt) und bei Verstopfung salinische Abführmittel. Die Diät ist genau zu regulieren; alle nicht vollständig frischen und alle ungekochten Nahrungsmittel sind verpönt. — Mit Bierhefe hat R. keine gleichmäfsige Wirkung bei Furunkulose erzielt. *Götz-München.*

Die Behandlung des Ulcus molle mit heifsen Spülungen, von A. Ruete-Hamburg. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) Empfehlung der von Arning 1899 angegebenen heifsen Spülungen mit einer 1:10000fachen Verdünnung von Kalium permanganicum. Die Vorteile dieser Behandlungsart sind die schnelle Reinigung und Heilung der Geschwüre, die Geruchlosigkeit der Behandlung, das prompte Zurückgehen der Phimosen und die Vermeidung von Bubonen. An Stelle der Jodoformverbände verwendet Arning Zinkperhydrol oder Kampferweinumschläge.

Schourp-Danzig.

Ein wenig bekanntes Anwendungsgebiet für Jodkalium, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 27.) R. empfiehlt, bei phagedänischen weichen Schankern innerlich Jodkalium (2 g pro die) zu verabreichen; er hat mit dieser

Medikation mehrfach ganz überraschende Erfolge auch in Fällen erzielt, in denen jede andere Behandlungsmethode versagt hat. Das Mittel, dessen gute Wirkung R. auch theoretisch zu erklären versucht, wird solange gegeben, bis der Schanker in eine reine Granulationsfläche umgewandelt ist. Lokal wendet R. daneben nur Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Jodoform an. *Götz-München.*

Schankröse Afterentzündung. Studie über die weichen Schanker des Afters und des Analkanals, von Paul Ravaut und Benjamin Bord. (*La presse méd.* 1909. Nr. 36.) Theoretisch ist der After eine einfache Öffnung am unteren Ende des Verdauungstraktes, in Wirklichkeit ist derselbe aber ein kurzer, 25—30 mm hoher Kanal, mit eigenartiger Schleimhautbedeckung, welcher sich zwischen Perineum und Rektum erstreckt und von dem Schliefsmuskel des Afters umgeben wird. Dieser Analkanal ist der Lieblingssitz der weichen Schanker dieser Gegend, welche sich niemals auf die Schleimhaut des Rektums erstrecken, und durch Form und Verlauf eine spezielle Krankheitsform darstellen, für welche die Verfasser den Namen „Anite chancrelleuse" vorschlagen. Um eine gute Übersicht der erkrankten Gegend haben zu können, ist es oft notwendig, den Patienten zu narkotisieren; man kann dann die Analfalten gut ausdehnen, was sonst grofse Schmerzen verursacht. Meist sind die Geschwüre in den Afterfalten versteckt und haben nach aufsen nur ein vorspringendes Kondylom, welches für dieselben charakteristisch ist. Jedes Geschwür tritt durch ein separates Kondylom in Erscheinung und bilden dieselben, wenn mehrfach vorhanden, einen förmlichen Kranz um die Analöffnung.

Die Heilung geht meist unter ausgedehnter Narbenbildung vor sich, namentlich wenn es sich um vernachlässigte Fälle handelt. Auch zu Stenosenbildung kann es kommen und im allgemeinen kann gesagt werden, dafs die meisten Analstenosen infolge von weichen Schankern auftreten.

Die Diagnose kann schwierig werden, falls sich die schankrellösen Läsionen mit solchen blennorrhoischer oder syphilitischer Natur komplizieren. Namentlich die Verbindung von Ulcus molle und Blennorrhoe ist häufig, doch befällt letztere hauptsächlich das Rektum und macht keine derartigen Geschwüre, wie der weiche Schanker. In zweifelhaften Fällen sind bakteriologische Untersuchungen und Probeinokulationen angezeigt.

In ätiologischer Beziehung mufs hervorgehoben werden, dafs die Kontamination durch das Trauma, welches der Analcoitus bedingt, zustande kommt. Accidentelle Inokulationen von benachbarten Geschwüren, durch die Finger oder verschiedene Gebrauchsgegenstände, sind selten.

Die Therapie der Schankeranitis ist die gleiche wie des gewöhnlichen Ulcus molle: Jodoform, Thigenol usw. als Pulver und auf einem in den After eingeführten Gazestreifen. Falls die Kondylome zu grofs werden und die Stuhlentleerung hindern, können dieselben unter lokaler Anästhesie abgetragen werden, der After dilatiert und die Geschwüre kauterisiert werden. Stenosen werden durch Erweiterungen behandelt, die auch prophylaktisch vorgenommen werden können, um das fibröse Gewebe der Narben geschmeidig zu machen. *E. Toff-Braila.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Behandlung der malignen Tumoren mit Hochfrequenzströmen, von J. A. Rivière. (*Ann. d'électrobiol. et de radiol.* 1909. Nr. 5.)

Fulguration und Cytolyse des Carcinoms mittels Hochfrequenzströmen, von J. A. Rivière. (*Ann. d'électrobiol. et de radiol.* 1909. Nr. 5.) Zwei polemische

Artikel, in welchen RIVIÈRE seine Priorität in der Behandlung der malignen Tumoren mit Hochfrequenzströmen gegen KEATING-HEART verteidigt. Schon im Jahre 1900 machte er auf die spezifisch elektive Wirkung des Hochfrequenzfunkens aufmerksam und stellte die Forderung, jede Krebsoperation durch eine Bearbeitung des Operationsfeldes mit Hochfrequenzfunken zu vervollständigen. Hierdurch sollten die durch das Messer während der Operation durch Carcinom verseuchten Teile desinfiziert werden.
Gunsett-Strafsburg.

Fulguration und Chirurgie des Carcinoms, von M. C. JUGE-Marseille. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 55.) JUGE kombiniert in jedem Falle von Carcinom die chirurgische Behandlung mit der Fulguration. Er fulguriert zuerst, exstirpiert dann mit dem Messer und läfst dann noch eine Fulguration der Wundfläche folgen. Er will sowohl leicht operable, als inoperable in dieser Weise behandelt wissen und glaubt besonders inoperale in dieser Weise günstig beeinflufst zu haben. *Gunsett-Strafsburg.*

Die moderne Behandlung der Hautepitheliome, von H. BORDIER-Lyon. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 15.) In sehr temperamentvollen Ausführungen weist B. darauf hin, dafs die Hautepitheliome in allen ihren Formen (Kankroide, Ulcus rodens, verruköse und papillomatöse Epitheliome usw.) durch Behandlung mit Hochfrequenzströmen und mit Röntgenstrahlen absolut sicher, rasch und dauernd beseitigt werden können. Die Behandlung mit Hochfrequenzströmen eignet sich besonders für kleine Hautepitheliome; eine Sitzung von wenigen Sekunden genügt, um den Tumor vollständig zum Verschwinden zu bringen, es bleibt überhaupt keine sichtbare Spur zurück. Bei gröfseren oder ulcerierten Epitheliomen empfiehlt sich die Anwendung der Röntgenstrahlen; auch in diesen Fällen führt eine einmalige Bestrahlung von genügender Intensität mit Sicherheit zum Ziele. — Die glänzende Wirkung der beiden Methoden wird aufs anschaulichste illustriert durch die Abbildungen von fünf Fällen vor und nach der Behandlung. *Götz-München.*

Das Röntgencarcinom, von H. COENEN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 7.) Den 32 in der deutschen und englisch-amerikanischen Fachliteratur bekannt gewordenen Fällen von durch Röntgenstrahlen erzeugten Carcinomen fügt Autor einen weiteren hinzu. Es lag ein multiples, verhornendes Röntgencarcinom des linken Zeigefingers vor, durch dessen Exartikulation Heilung erfolgte.

Histologisch sind Röntgenkrebse Kankroide. Nach Autors Ansicht entsteht das Röntgencarcinom direkt durch eine primäre Schädigung des Epithels, das durch die Röntgenstrahlen in einen chronischen Reizzustand gesetzt wird. Da der Lupus vulgaris an sich wegen der meist dabei auftretenden atypischen Epithelwucherungen die Carcinomentwicklung befördert und häufig zum Lupuscarcinom wird, so entsteht durch Röntgenbestrahlung als neu hinzugefügter Reiz um so leichter ein Carcinom. Autor leitet hieraus die wohl zu allgemein gefafste Forderung ab, die Röntgenbehandlung des Lupus aufzugeben. *Arthur Schucht-Danzig.*

c. *Pigmentanomalien.*

ADDISONsche Krankheit im Kindesalter, von SARAH FINKELSTEIN. (Inaug.-Dissert. Paris 1909.) Die ADDISONsche Krankheit ist im Kindesalter keine allzu seltene Erscheinung und kann dieselbe sowohl bei Neugeborenen, als auch bei Säuglingen vorkommen. Meist handelt es sich um Tuberkulose der Nebennieren, doch kann die Krankheit auftreten ohne dabei die Nebennieren zu ergreifen.

Eines der wichtigsten Symptome ist auch bei Kindern die Pigmentierung der Haut, wobei nicht vergessen werden darf, dafs bei denselben auch durch langwierige Gastroenteritiden Hautpigmentierungen bewirkt werden können. Weitere Symptome

sind: allgemeine Schwäche, Diarrhöe und Erbrechen, ferner Konvulsionen und choreïforme Bewegungen, namentlich im Endstadium. Der Puls ist schwach und beschleunigt, der Blutdruck erheblich herabgesetzt. Das tödliche Ende wird entweder durch die allgemeine Schwäche, durch eine interkurrierende Krankheit oder durch allgemeine Tuberkulose bewirkt. Die opotherapeutische Behandlung hat kaum irgendwelchen Nutzen gehabt. *E. Toff-Braila.*

Fall von möglicher beginnender Addisonscher Krankheit, von J. Souttan M'Kendrick-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Juni 1909.) Die Symptome, wie sie sich bei der 37jährigen Frau der Reihe nach entwickelten, waren Pigmentierung (gelb-braune) der Haut, besonders an Stirn, Nacken, Bauch- und Lendengegend, grofse Schwäche, begleitet von Atemnot, Auswurf, Anämie und schliefslich Neigung zu Diarrhoe; die Pigmentierung begann ungefähr ein Jahr vor den Erscheinungen der Herzschwäche. Tuberkulöse Erscheinungen an der linken Lungenspitze traten später auch noch hinzu. Verfasser erhebt nun die Frage, ob nach diesen Symptomen und dem normalen Blutbefund wir berechtigt sind, hier eine Addisonsche Krankheit anzunehmen oder ob es sich überhaupt nur um eine chronische Lungentuberkulose mit Milzvergröfserung, Pigmentierung usw. oder aber drittens um eine Leukodermie, die mit dieser bei Addison gewöhnlichen Pigmentierung verbunden ist, handelt und ob Leukodermie eine häufige Begleiterscheinung der Addisonschen Krankheit ist. Patientin starb zehn Monate (? Ref.) nach Beginn der Erkrankung; Sektion wurde nicht gemacht. *Stern-München.*

Der Stoffwechsel bei Morbus Addisonii in Beziehung zur Organotherapie, von Capezzuoli. (*Policlinico.* Bd. XVI, Heft 6.) Verfasser hat in einem Fall von Addisonscher Krankheit unter Behandlung mit Nebennierenextrakten eine Verminderung des Stoffwechsels konstatiert, und Abnahme des Körpergewichts; er hält die Organotherapie bei dieser Krankheit nicht für spezifisch. *Haas-Hamburg.*

Retroperitoneale, den Plexus coeliacus umschliefsende Sklerose und Addisonscher Symptomenkomplex, von Debove. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 15.) Bei der Sektion einer 44jährigen Frau, einer Alkoholikerin, bei der sich neben einer atrophischen Lebercirrhose ein typischer Addisonscher Symptomenkomplex entwickelt hatte, fand D. die rechte Nebenniere etwas vergröfsert, an beiden Nebennieren eine leichte kortikale Sklerose, aber keine Spur von Tuberkulose und hinter dem Peritoneum vor der Aorta, die Arteria coeliaca und den Plexus coeliacus umschliefsend, einen Streifen sklerosierten Gewebes, der nach beiden Seiten hin verlief und die beiden Nebennieren einhüllte. D. glaubt, dafs die zirkumskripte Sklerose den die Nebennieren innervierenden Plexus coeliacus geschädigt und so die Entstehung des Addisonschen Symptomenkomplexes verursacht hat. Über die Natur der Gewebsveränderung läfst sich nichts Bestimmtes aussagen; die intra vitam durch Punktion gewonnene Ascitesflüssigkeit enthielt Tuberkelbazillen, die sich aber im Tierversuch als avirulent erwiesen; da überdies das sklerosierte Gewebe rein extraperitoneal lag, ist nach D. ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Bazillenbefund und der Sklerose nicht anzunehmen.

Die gleiche zirkumskripte, retroperitoneale, Arteria coeliaca und Plexus coeliacus umschliefsende Sklerose fand D. bei der Sektion eines 52jährigen Alkoholikers, bei dem der Addisonsche Symptomenkomplex neben einer Aorteninsuffizienz aufgetreten war. Die Nebennieren waren sehr klein und leicht sklerosiert, aber frei von tuberkulösen Veränderungen; die Ganglien des Plexus coeliacus erschienen von sklerosiertem Gewebe durchzogen, einzelne Ganglienzellen waren atrophisch, die Nervenfasern zum Teil verdickt und sklerosiert. — Möglicherweise war die Sklerose eine Folge der chronischen Alkoholvergiftung. *Götz-München.*

Ein neuer Symptomenkomplex: Bronzediabetes mit atypischer multipler Sklerose und Haemochromatose der Cornea, von R. Romme. (*Presse méd.* 1909. Nr. 51.) Besprechung eines in der *Münch. med. Wochenschr.* 1909, Nr. 22 erschienenen gleichnamigen Artikels von Fleischer. Es handelte sich um eine kreisförmige Ablagerung von Pigment auf der Cornea bei Kranken mit multipler Sklerose und Glykosurie.
Gunsett-Straſsburg.

Regressive Ernährungsstörungen.

Gegen **Alopecia areata** nach Dockrell. (*Bull. gén. de Thérapie.* Juli 1909.)

1. ℞	*Ol. sinapis*	3,5	ccm
	Ol. ricini	7,0	„
	Spirit. rosmarini	60,0	„
2. ℞	*Liq. ammon. caust.*		
	Chloroformii		
	Ol. sesami	āā 15	ccm
	Ol. citri	1,5	„
	Spirit. rosmarini	ad 60	„
3. ℞	*Ol. terebinth.*		
	Ol. olivar.	āā 60	ccm
	Ol. rosmarin.		
	Tr. Cantharid.	āā 3,5	„

Die Behandlung des Unterschenkelgeschwüres mit Zinkleimverbänden, von Frank-Dudweiler. (*Medico.* 1909. Nr. 17.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung des varikösen Geschwüres, von M. Delloye. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 69.) Empfehlung des Thigenolum purum zur Bedeckung des Geschwüres. Heilung in zwei Monaten bei gleichzeitiger Hochlagerung des Beines. *Gunsett-Straſsburg.*

Über Atrophia cutis idiopathica progressiva, von Seifert-Würzburg. (*Wien. klin. Rundsch.* 1909. Nr. 21.) Fall eines 27jährigen Mannes; er gehört der vierten Generation an, in welcher auf dem Wege des weiblichen Teiles der Nachkommenschaft die Atrophia cutis sich fortvererbte. *Schourp-Danzig.*

Über Behandlung der Alopecie mit ultravioletten Strahlen, von Georg Joachim-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Auf Grund der zahlreichen, in der Finsenklinik in Berlin erzielten Erfolge empfiehlt J. die Behandlung der Alopecia areata mit ultravioletten Strahlen als bei weitem wirksamste und sicherste, alle anderen Verfahren weit überlegene Methode. Die Bestrahlungen werden mittels einer von Nagelschmidt modifizierten Heräuslampe vorgenommen, die vor der Kromayerschen medizinischen Quarzlampe wesentlich Vorzüge hat: sie brennt ohne Wasserkühlung, ist also in ihrem Mechanismus einfacher und in ihrer Funktion sicherer, auſserdem aber auch noch viel billiger; sie wird von der Quarzlampengesellschaft in Hanau zum Preise von 223 Mark geliefert, während die Kromayersche Lampe etwa 600 Mark kostet. — Die Bestrahlungen werden unter sorgfältigster Abdeckung der Teile, die unbeeinfluſst bleiben sollen, speziell auch der Ohren, aus gröſstmöglicher Nähe gemacht; sie bewirken eine ziemlich lebhafte Reaktion — Schwellung und Rötung der Kopfhaut, meistens leichte Exsudation, zuweilen von Blasenbildung gefolgt, Jucken und Brennen, manchmal auch starke neuralgische Schmerzen, dann Krustenbildung, Desquamation und Pigmentierung — und dürfen erst nach Ablauf all dieser Erscheinungen, das ist frühestens nach drei, besser erst nach vier Wochen wiederholt werden. In der ersten Sitzung oder Sitzungsserie wird jeder Herd 20—30, in der zweiten und jeder folgenden 30—50 Minuten lang bestrahlt, gewöhnlich sind im ganzen fünf bis

sieben Bestrahlungen nötig. Von gröſster Wichtigkeit für die Erzielung von Dauerresultaten ist eine genügend lange und intensive Bestrahlung auch der letzten Reste von Alopecieherden. Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, wie wirksam die Methode ist.

Bei Röntgenalopecie empfiehlt sich eine möglichst frühzeitige Anwendung der ultravioletten Strahlen, weil diese gewissermaſsen als ein physiologisch den Röntgenstrahlen antagonistisch wirkendes Mittel anzusehen sind und vielleicht eine eventuell dauernde Röntgenschädigung verhüten können; sicher ist aber der Erfolg der Bestrahlungen bei Röntgenalopecie nicht.

Ein sehr schönes Resultat erzielte J. mit den ultravioletten Strahlen auch in einem Falle von starkem Haarausfall infolge von Seborrhoe. *Götz-München.*

Lupus erythematodes nach Tuberkulininjektionen gebessert, von E. Berzovsky-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) In zwei Fällen, in denen Lungenspitzeninfiltration und Drüsentuberkulose vorhanden und vorangehend schon die Therapie vorgenommen worden war, war die Calmette- und Pirquet-Reaktion positiv. Auch der Lupus, der auf Injektionen reagierte, war blasser und auch die Desquamastion nahm ihren Anfang. Es trat eine auffallende Besserung ein.

Poross-Budapest.

Idioneurosen.

Der essentielle Pruritus, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 29.) G. unterscheidet fünf Arten von essentiellem Pruritus: 1. den Pruritus senilis; 2. die Pruritusformen bei Diathesen, die hauptsächlich bei Neuro-Arthritikern vorkommen; hierher gehört der Pruritus hiemalis und aestivalis; 3. die lokalisierten Pruritusformen; 4. den neuropathischen Pruritus, der entweder universell oder, z. B. am Kinn, lokalisiert ist; 5. die Pruritusformen bei Autointoxikationen, zu denen der Pruritus bei Diabetes, Ikterus, Urämie und bei interstitieller Nephritis gehört. Nicht nur der Pruritus bei Autointoxikationen, sondern auch die übrigen Formen mit Ausnahme des neuropathischen Pruritus sind durch toxische Stoffe verursacht, die infolge von Stoffwechselstörungen, namentlich infolge ungenügender N-Ausscheidung durch die Nieren im Körper kreisen und durch Reizung der Nervenendigungen in der Haut das Juckgefühl hervorrufen. Der neuropathische Pruritus ist die Folge einer funktionellen, von Stoffwechselvorgängen unabhängigen Störung des Nervensystems. Die von G. empfohlene Therapie ist die auch sonst übliche. *Götz-München.*

Verschiedenes.

Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Wege des Strafrechts, von Oskar Scheuer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Auch im österreichischen Strafrecht fehlen Bestimmungen zur Bestrafung von Personen, die im Bewuſstsein der Erkrankung auf andere eine der Geschlechtskrankheiten übertragen. Nur einzelne Sonderbestimmungen im Falle von Ammen und Prostituierten finden sich. Sch. tritt dafür ein, daſs die „Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ ihren Einfluſs zur Änderung der strafrechtlichen Bestimmungen aufbiete, und zwar im Sinne der von dem deutschen Strafrechtslehrer

Liszt gegebenen Anregung: „Wer wissend, daſs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, Beischlaf ausübt oder auf eine andere Weise einen Menschen der Gefahr der Ansteckung aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft, neben welcher auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann.

Ist die Handlung von einem Ehegatten gegen den anderen begangen, so tritt die Verfolgung nur auf Antrag ein." *W. Lehmann-Stettin.*

Über einen Fall von eigenartigen multiplen Hauttumoren, von Julius Schütz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Bei einem 14jährigen Mädchen treten nach mehrmonatlichen Prodromalerscheinungen, die hauptsächlich rheumatoider Natur sind, multiple Hautgeschwülste auf. Diese zeigen ihrem rein histologischen Charakter nach am meisten Ähnlichkeit mit Lymphosarkomen, und spontan und während einer Arsentherapie zum Teil Tendenz zur Rückbildung. Gleichzeitig treten immer mehr und mehr Erscheinungen einer klinisch sich als subakut manifestierenden Tuberkulose der Lunge und des Bauchfells zutage, welche die unmittelbare Ursache zu dem ca. $1^1/_2$—2 Jahre nach dem ersten Erscheinen der Geschwülste eintretenden Exitus geben. S. glaubt, daſs differentialdiagnostisch in Frage kommen können: multiple Hautsarkome, Sarkoide, Mykosis fungoides d'emblée, leukämische Tumoren der Haut und Lymphogranulomatosis (Grosz), ohne daſs er sich aber definitiv für die eine oder andere Möglichkeit entscheidet. *W. Lehmann-Stettin.*

Elastisches Heftpflaster, von H. Bardach-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Es ist gelungen, Klebestoff mittels Chloroform auf Gummiplatten zu übertragen und so ein elastisches Heftpflaster herzustellen, das die mannigfaltigsten Möglichkeiten der Anwendung bietet, zumal es sowohl flächenhaft wie in Bandform spulenartig gewickelt in den Handel kommt (Firma H. v. Gimborn & Zifferer in Wien.) In Bandform um eine Extremität oder ein Glied in mehrfachen Touren übereinandergewickelt, bewirkt es sofort eine kräftige Blutstauung; breit in zwei bis drei Lagen um ein Glied gewickelt, ist es imstande, eine starke Blutung sogleich zum Stillstand zu bringen. Zirkulär um eine Extremität gewickelt, mit unterlegtem Klotz, kann es zur Arterienkompression verwendet werden. Auch als Absperrung für Zwecke der Anästhesie käme es in Betracht. Auseinanderstrebende Hautränder können, auch an konvexen Partien mit stärkerer Hautspannung, durch dieses Heftpflaster zusammengehalten werden. Die Haut kann in Falten darunter zusammengelegt und in dieser Lage gehalten werden. Es kann dadurch die Naht in manchen Fällen überflüssig werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Filaria Bancrofti, von A. Genhart-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 7.) Fall eines Brasilianers, bei welchem die Erkrankung mit Fieber und Lymphangitis begann. Später kam Chylurie hinzu. Viermonatiger Aufenthalt im Gebirge — in kühlem Klima — genügte, um faustgroſse, variköse Leistendrüsen fast verschwinden zu machen. 24 Atoxylinjektionen hatten auf die Filarienlarven keinen sichtlichen Einfluſs. *Schourp-Danzig.*

Dr. Radcliffe Crocker †. Am 22. August starb unerwartet in Engelberg der bekannte englische Dermatologe Dr. Radcliffe Crocker.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. | Nº 7. | 1. Oktober 1909.

Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung?

Von

Dr. Sand-Trondjhem (Reitgjærdet).[1]

Bis zum Ausgang des Jahres 1905, im Laufe der 35 Jahre, seitdem ich Arzt und Vorsteher der Anstalt Reitgjærdet bin, habe ich einige statistische Angaben der verschiedenen Verhältnisse in bezug auf die in dieser Anstalt behandelten Leprösen, zusammen 1558 Patienten, ausgearbeitet.

Infolge dieser Angaben wiederhole ich die Auffassung, die ich unter anderem in Zeitschrift „*Lepra*", Jahrg. 1902, Bd. 3, S. 1 früher hervorgehoben habe, dafs die Ansteckung der Lepra nicht durch unmittelbare Übertragung geschieht.

Die statistischen Angaben geben eine (graphische) Darstellung:

1. des Durchschnittsalters von 1221 verstorbenen Leprösen: a) beim Ausbruch der Krankheit, b) beim Eintritt in Reitgjærdet und c) beim Tode der Patienten, getrennt angegeben für Männer und Frauen, sowohl für die tuberöse als für die makulo-anästetische Krankheitsform.

Diese Angabe zeigt, dafs die Männer durchschnittlich in einem späteren Alter (ungefähr 32 Jahre) als die Frauen (ungefähr 29 Jahre) angegriffen werden, also ein Altersunterschied von ungefähr drei Jahren, ziemlich gleichmäfsig bei beiden Krankheitsformen. Trotzdem wird doch eine weit gröfsere Anzahl Männer als Frauen angegriffen. Die Angabe umfafst somit 787 Männer, aber nur 434 Frauen.

Die Erklärung suche ich darin, dafs die erwachsenen, arbeitstüchtigen Männer in ihrer Tätigkeit aufserhalb des eigenen Hauses der Kontagiosität durch Lepröse besonders ausgesetzt sind, vorzugsweise unter den grofsen Fischereien längs der Küste, bei welchen die Fischer in überfüllten Räumen in engen Häusern zusammenwohnen und Schlafstellen, Bettzeug usw. miteinander und sogar mit Fremden teilen, während Kost, Haushaltung und Pflege zu gleicher Zeit wenig reinlich und höchst primitiv sind.

[1] Nach einem auf der II. intern. Leprakonferenz erstatteten Referat.

Die Frauen dagegen, die ein reinlicheres Leben führen und weniger mit der Aufsenwelt in Berührung kommen, werden deshalb nicht so oft, aber in einem jüngeren Alter durch den Umgang und die Verpflegung der leprösen Familienglieder angegriffen.

2. der Angabe der Altersklassen von der Geburt bis zum 90. Lebens-Lebensjahre, in welchen der Ausbruch der Krankheit bei diesen 1221 Leprösen vor sich ging. Die Angabe zeigt, dafs die Krankheit in der Regel bei beiden Geschlechtern und in beiden Krankheitsformen gerade im kräftigsten Alter ausbricht, nämlich:

bei	344	Leprösen	von	0	bis	20	Jahren	
„	544	„	„	20	„	40	„	und
„	333	„	„	40	„	80	„	

Dafs ebenso viele nach dem 40. Lebensjahr wie vor dem 20. angegriffen werden, scheint auch früher der Aufmerksamkeit entgangen zu sein, obwohl es doch für die Ätiologie dieser Krankheit Bedeutung haben mufs.

3. des Verhältnisses der Lepra zwischen Eheleuten in 512 Ehen; beide Ehehälften sind observiert vom 27. Februar 1864 bis 31. Dezember 1905.

Das Resultat ergibt, dafs in diesen 512 Ehen es nur 17 sind, in welchen die andere Ehehälfte nach dem Eheschlufs von Lepra angegriffen wurde. Somit hat also in 495 von 512 Ehen = 96,68 % keine nachweisbare Ansteckung zwischen den Eheleuten stattgefunden.

Wenn man dieses Resultat mit der Angabe 2 vergleicht, aus der sich ergibt, dafs der Krankheitsausbruch gerade in dem Alter am häufigsten vor sich geht, in welchem Ehen eingegangen werden und der eheliche Verkehr gepflegt wird (vom 20. bis zum 40. Lebensjahre), so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dafs Lepra in der Regel nicht durch unmittelbaren Verkehr von Individuum zu Individuum übertragen wird, sondern dafs höchstwahrscheinlich andere Faktoren mitwirken, und dafs der Ansteckungsstoff aufserhalb des menschlichen Körpers ein Entwicklungsstadium durchmacht, bevor er die Krankheit auf ein gesundes Individuum zu übertragen vermag.

4. des Verhältnisses der Lepra zwischen Eltern und Kindern in denselben 512 Ehen. Alle Kinder (Nachkommen im ersten Grade) sind mitgerechnet, wenn sie bis zum Ausgang des Jahres 1905 leprös wurden, dagegen sind nicht Lepröse (Eltern) in aufsteigender Linie mitgenommen.

Das Resultat, wo nur die eine Ehehälfte (Eltern) leprös ist, zeigt folgendes:

357 lepröse Väter hatten 1178 = 95,1% gesunde und 63 = 4,9% lepröse Kinder (Nachkommen im ersten Grade).

138 lepröse Mütter hatten 477 = 89,5% gesunde und 56 = 10,5% lepröse Kinder.

In den 17 beobachteten Ehen, wo beide Eltern leprös waren, sind 55 Kinder gesund = 87,3% und 8 = 12,7% leprös.

In sämtlichen 495 Ehen, wo das eine der Eltern leprös gewesen ist, sind 1655 Kinder = 93,4% gesund und nur 117 = 6,6% leprös.

Nimmt man Rücksicht darauf, wie wenig der Vater in direkter Berührung mit den Kindern steht, und wie viel er in der Regel aufserhalb des Hauses lebt, während die Mutter auch abgesehen von der Schwangerschaft und der Geburt immer in der intimsten Berührung mit ihrem Kinde lebt, es säugt, pflegt und reinhält, es küfst und liebkost, ihm Essen gibt, ja, ihm das Essen oft vorkaut, so finde ich auch in dem oben erwähnten Verhältnis (10,5% lepröse Kinder, wo die Mutter, und 4,9%, wo der Vater leprös war) gleichwie in dem Verhältnis zwischen Eheleuten, wo in ungefähr 97% keine Übertragung stattfindet, eine Bekräftigung meiner Annahme, dafs Lepra nicht unmittelbar von Individuum zu Individuum, sondern indirekt durch ein Medium übertragen wird.

Fragen zur Ätiologie der Lepra.

Von

GEORG STICKER-Bonn.[1]

Aufser Zweifel steht heute in der Ätiologie der Lepra die Bedeutung des HANSENschen Bacillus als Erregers der Krankheit; die Möglichkeit der Übertragung der Lepra beim engen Zusammenleben der Kranken mit den Gesunden; die überwiegende Häufigkeit des Primäraffektes der leprösen Infektion auf der Nasenschleimhaut, wie sie von mir auf dem ersten Leprakongrefs gezeigt worden ist. Eine ätiologische Frage, die noch der Entscheidung bedarf, ist diese: Woher kommt der Leprabacillus in letzter Linie? Ist der Mensch sein eigentlicher und einziger Wirt oder ist er irgendwo aufserhalb des Menschengeschlechtes einheimisch?

Wissenschaftlich ist darüber nichts bekannt, und der einzige Leprologe, der eine aufsermenschliche Quelle für die Lepra behauptet und mit Beharrlichkeit festhält, ist JONATHAN HUTCHINSON. Leider fehlt in seiner Fischtheorie das Hauptglied, die Nachweisung des Leprabacillus in der von ihm angeschuldigten Fischkost. Auch ist diese Theorie in der Form, wie HUTCHINSON sie geltend gemacht und verteidigt hat, unhaltbar. Das

[1] Nach einem auf der II. intern. Leprakonferenz gehaltenen Vortrag.

haben jüngst Thomas Hunter und Armauer Hansen durch schlagende Beispiele wieder erwiesen.

Es kann sich aber auch nicht um die Frage handeln, ob alle Leprösen ihren Krankheitskeim beim Fischessen gewinnen, sondern nur um die Frage, geht der Leprakeim gelegentlich von Fischen auf den einen und anderen Menschen über, der dann sein Weiterverbreiter unter Seinesgleichen wird?

Diese Frage hat ihre Berechtigung, nicht nur auf dem Boden von Tatsachen, die Hutchinson dankenswert gesammelt hat, sondern besonders auf Grund historischer und volkskundlicher Daten, die bis tief in das Mittelalter und weiter hinab reichen und heute noch überall im Volke lebendig sind, wo nur die Lepra herrscht. In der gewöhnlichen Fassung lautet die Volksmeinung über die Herkunft der Lepra so, wie ich sie im Matungaasyl in Bombay im Jahre 1897 immer wieder hörte und wie sie neulich Hunter in Nordindien auch erfuhr: Die Leprakrankheit wird durch die Fischnahrung und vor allem durch den gleichzeitigen Genuſs von Fisch und Milch hervorgerufen.

Dieser Glaube lebt heute auſser in Indien ebenso in China, in Japan, in Südafrika, in Brasilien, auf Madeira, in Griechenland, in Nordruſsland. Auf solche Volksmeinungen, die gleichlautend an vielen Orten bestehen, muſs man hören, besonders wenn sie durch geschichtliche Dokumente bestätigt werden. Von letzteren führe ich die Fischtheorie der arabischen Ärzte und einer Reihe englischer Autoren des Mittelalters an, namentlich Avicenna, Gilbertus anglicus, Gordonius, Johannes de Gaddesden: lac et pisces in eadem mensa inducit lepram; pisces grossi et etiam recentes non eventrati sunt huius humoris causa et ideo juxta mare fiunt plures leprosi quam alibi. Ferner verweise ich auf die älteren mythologisch gehaltenen Fassungen der Fischtheorie, von denen namentlich die bei Plutarch bemerkenswert ist: die syrische Göttin Derketo zu Heliopolis zernagt demjenigen, der ihre heiligen Fische verzehrt, die Schenkel, erfüllt seinen Körper mit Geschwüren und löst ihm die Leber auf.

Solche und weitere Angaben verpflichten dazu, die Ätiologie der Lepra nicht für abgeschlossen zu halten, sondern gelegentlich weiter zu verfolgen, und zwar durch Untersuchung der in Lepragegenden gebräuchlichen Fischkost.

Falls nun die Lepra überhaupt bei Fischen vorkommt, so ist damit keineswegs gesagt, daſs man sie sogleich und überall findet. Es muſs nicht jede Fischherde verseucht sein; wahrscheinlich sind doch die Fischepizootien ebenso von besonderen Bedingungen der Zeit und des Ortes abhängig wie die anderen Epizootien und Epidemien.

Während seines kurzen Aufenthaltes in Bergen vor der Konferenz ging ich der Fischfrage auf dem Bergener Fischmarkte nach. Ich fand dort

Fische mit schweren Veränderungen der Augen, des Kopfes, der Flossen und mit Hautgeschwüren und bei drei genauer untersuchten Fischen in diesen Veränderungen, besonders in denen des Auges, säurefeste Bazillen von der Form der Leprabazillen. Ob mit diesem Befund ein Beitrag zur Lepra bei Fischen (Gadus, Labrus) geliefert ist, läßt sich heute nicht sagen. Das zu entscheiden, bedarf es weiterer gründlicher Forschungen.

Zum heutigen Stand der Leprafrage in Ägypten.

Von

Dr. ENGEL BEY-Kairo.[1]

Gestatten Sie, meine Herren, Ihnen einen ganz kurzen Bericht über den augenblicklichen Stand der Leprafrage in Ägypten zu geben.

Wie ich auf der ersten Leprakonferenz sowie auf dem Hygienekongreß in Berlin vor zwei Jahren mitteilte, ist eine Regelung der Leprafrage bis jetzt in Ägypten noch nicht vorgenommen. Es gibt bis heute keinerlei Gesetze über die Lepra in Äpypten, und sind die Leprösen heute noch so frei und in allen ihren Bewegungen so ungehindert, wie sie es seit dem grauesten Altertum gewesen sind.

Ob eine Isolierung derselben je bei uns eingeführt wird, möchte ich bezweifeln, ja ich glaube auch nicht mehr dies befürworten zu sollen, wie ich dies bereits in meinem letzten Berliner Vortrag ausführte. Ich glaube, jedes Land soll in dieser Frage die für dasselbe geeigneten Maßregeln studieren und anordnen. Die Maßregeln, die unser hochverehrter Meister der Leprabekämpfung, Dr. HANSEN, ein- und durchführte, haben hier ja ein glänzendes Resultat erzielt, jedoch gibt er selbst an, daß die Aufklärung des Volkes über die Übertragbarkeit der Lepra dabei von großer Bedeutung gewesen ist. In Anbetracht unserer eigentümlichen und verwickelten Verhältnisse und der andererseits recht geringen Übertragbarkeit der Lepra bin ich allmählich zu der Überzeugung gelangt, daß eine strenge Isolierung der Leprösen in Ägypten nicht durchführbar und nicht empfehlenswert ist, und glaube ich meine Bestrebung auf das Ziel beschränken zu sollen, die Lepra daselbst, abgesehen von gewissen Einschränkungsmaßregeln, wie Isolierung der Bettler und Vagabunden und relative Absonderung der übrigen Leprösen, so z. B. Ausschließung von gewissen Gewerben, durch sachgemäße, obligatorische Behandlung zu bekämpfen, wie ich dies auch für andere Krankheiten, z. B. die Syphilis, überall für erstrebenswert halte.

Nachdem vor zwei Jahren der Generaldirektor der Sanität zunächst angeordnet hatte, daß alle Leprösen im Lande, die sich an unsere Sanitäts-

[1] Nach einem auf der II. intern. Leprakonferenz erstatteten Referat.

inspektoren wenden, von denselben behandelt werden und kostenlos die Medikamente erhalten sollen, ist es mir gelungen, im letzten Winter in der Leprafrage einen Schritt weiter vorwärts zu kommen. Da die Mittel der Sanität durch die akuten schweren Seuchen, wie Pest, Rinderpest, Pocken, Typhus usw., aufser den die zur Verfügung stehenden Fonds in immer gröfserem Mafstabe in Anspruch nehmenden gewöhnlichen in die Hospitäler aufzunehmenden Krankheiten, fast gänzlich erschöpft wurden und keine gröfseren Ausgaben für die Lepra möglich sind, habe ich versucht, die Generaldirektion des Wakfs, das ist der milden Stiftungen, welche ungefähr dem europäischen Kultusministerium entspricht, für diese Frage zu gewinnen. Dies hatte den erfreulichen Erfolg, dafs der Generaldirektor des Wakfs mir nicht nur sofort gestattete, meine ambulanten Leprapatienten in einen der Dispensaires des Wakfs zu behandeln, S. E. Maher Pascha ist, nachdem S. H. der Khedive sein tiefstes Mitleid und lebhaftestes Interesse an diesen unglücklichen Kranken und meinen Bestrebungen für dieselben bekundete, bereitwilligst der Frage der Gründung von Leprahospitälern auf Kosten des Wakfs nahegetreten. Er unterstützte mich nicht nur auf das entgegenkommendste dadurch, dafs er mir ein Haus zur Verfügung stellte, welches als Leprapoliklinik dienen soll, wie auch sonst durch Geldmittel, sondern danke ich es auch ihm, dafs ich bei Gelegenheit dieses Kongresses die klassischen Einrichtungen gegen die Lepra sowie das Lepraheim in Norwegen studieren kann, die mir als Grundlage für meine Vorschläge für die in Ägypten zu gründenden Leprahospitäler dienen sollen.

Die Leprafrage ist somit in Ägypten in Flufs geraten und hoffentlich wird es mir noch in nicht zu ferner Zeit vergönnt sein, Ihnen über die Eröffnung des ersten nach modernen Prinzipien eingerichteten Leprahospitales in Ägypten berichten zu können.

Zur Behandlung der Lepra mit Antileprol.

Von

Dr. Engel Bey-Kairo.[1]

Hochgeehrte Herren! Nachdem Sie die interessanten Berichte über die moderne Nastintherapie der Lepra gehört haben, kommt es Ihnen vielleicht als ein Anachronismus vor, wenn ich Ihnen noch über meine Behandlung der Lepra mit einem alten, bekannten Mittel, dem Chaolmoograöl, respektive dem auf meine Veranlassung von der Firma Bayer & Co. hergestellten, gereinigten Präparat desselben, dem Antileprol, Mitteilung mache.

[1] Nach einem auf der II. intern. Leprakonferenz gehaltenen Vortrag.

Ich glaube aber mit diesem Mittel sehr gute Erfolge erzielt zu haben und halte mich für verpflichtet, Ihre Aufmerksamkeit auf dasselbe zu richten trotz des Nastins. Die Injektionskuren mit letzterem Mittel werden in den meisten Fällen eine sorgfältige Hospitalbeobachtung erfordern, und wir sind in vielen Ländern noch weit davon entfernt, wenn dies überhaupt durchführbar sein wird, alle Leprösen in Lepraheimen zu isolieren. Es wird somit, abgesehen von einzelnen wohlhabenden Privatpatienten, eine sehr grofse Anzahl Lepröser übrig bleiben, bei denen ein Mittel vorzuziehen ist, welches man solchen Kranken unbedenklich in die Hand geben kann, die nur unter einer etwas unregelmäfsigen ambulanten Behandlung stehen. Sodann wird es auch immer Fälle geben, die gegen Nastin entweder mehr oder minder refraktär oder überempfindlich sind, und endlich wird man bei der unter den Nastininjektionen sich lange hinziehenden Behandlungsdauer gern zeitweilig ein anderes Mittel geben, wenn dasselbe von guter Wirkung und unschädlich ist. Durch ein Mifsverständnis ist es mir nicht vergönnt Ihnen meinen ausführlichen Bericht vorzutragen und begnüge ich mich deshalb nun damit, Ihnen mit kurzen Worten über das Antileprol und meine Erfolge mit demselben zu referieren.

Nachdem ich vor Jahren an der Therapie der Lepra gänzlich verzweifelt war und dieselbe eine Zeitlang völlig aufgegeben hatte, habe ich vor zirka fünf Jahren, angeregt durch eine Reihe von günstigen Berichten über das Chaolmoograöl meine Versuche mit demselben in gröfseren Dosen wieder aufgenommen. Ein günstiger Einflufs desselben auf die Krankheit schien mir unleugbar, aber der Erfolg wurde meistens durch die bekannten Magen- und Darmstörungen, die dasselbe hervorruft, stark beeinträchtigt und oft vereitelt. Ich ersuchte deshalb vor drei Jahren die Firma Bayer & Co., mir womöglich das aktive Prinzip des Öles rein darzustellen, oder es doch so zu reinigen, dafs die der konsequenten Anwendung des Öles hindernd im Wege stehenden Mängel beseitigt würden. Das erstere hätte gar zu lange und kostbare Versuche erfordert, und so begnügten wir uns mit dem Erreichen der anderen Forderung. Es ist nun dem Hause Bayer & Co. nach längeren Versuchen gelungen, in dem Antileprol ein Präparat herzustellen, welches nach meinen zweijährigen Versuchen an 40 Kranken den gestellten Anforderungen entspricht.

Abgesehen von einigen sehr seltenen Fällen nehmen meine Patienten dasselbe in Gelatinekapseln in Dosen von 2—5 g je nach dem Alter ohne Widerwillen und ohne Magenstörungen andauernd und mit ganz sichtlichem Erfolge, sowohl gegen die Knoten, gegen die subkutanen Leprome usw., wie gegen die Nervenerkrankungen. Ich schildere Ihnen meine Erfolge nicht als glänzende und von absoluten Heilungen ist auch heute noch nicht zu sprechen, wenn ich sie zum Teil auch schon seit zwei Jahren behandle und beobachte, doch sind die Resultate bei einigen

sicher sehr günstige und anhaltende. Bei einzelnen sind seit einem Jahr und länger keinerlei Rezidive aufgetreten. So bei Aly Aly, dem Vater von zwei leprösen Knaben, die Sie hier sehen, sowie bei dem einen, dem jüngsten dieser Söhne, dem jetzt zirka zehnjährigen Ibrahim Aly. Der Vater litt an Knoten und Infiltraten und sekundären nervösen Erscheinungen mit oft sich wiederholenden Pemphigusausbrüchen, dessen letzten Sie an der großen weißen Narbe noch erkennen können, die sich über die ganze linke Palmar- und Innenseite der Finger erstreckt. Der Sohn hatte früher auch an Pemphigus und Eiterungen gelitten und bot, als ich ihn zuerst sah, ein sehr eigentümliches, wulstig erhabenes, ausgedehntes Leprom über beide Wangen dar, dessen Heilung noch unter Chaolmoogra mit der Eiterung entsprechenden ganz unregelmäßigen strahlenförmigen Narben begann, aber schließlich vor über einem Jahr mit völlig glatter Vernarbung der Haut, wie sie aus den Bildern ersehen, endete. Der Junge ist ganz gesund, wächst jetzt gut und geht seit ca. einem Jahre in die Lehre bei einem Tischler. Der Vater ist gleichfalls seit über einem Jahre völlig wohl; er kann wieder gut gehen, während er sich vorher nur mit großer Mühe zu mir schleppte, er hält den Stock sicher in den Händen, der ihm früher entfiel, ohne daß er es merkte, er dreht sich seine Zigaretten wieder selbst, kurz er erscheint völlig geheilt. Der einige Jahre ältere Bruder, der schwer an tuberkulöser Lepra erkrankt war, hat sich bedeutend gebessert. Er hatte aber noch zuletzt, wie früher wiederholt, eine Attacke von ausgedehnten Erweichungen und Eiterungen, zahlreichen hypodermischen Lepromen; die Attacke war jedoch von viel kürzerer Dauer. Die derben großen Infiltrate im Gesicht sind fast ganz zurückgegangen. Ein Bankbeamter, der an bräunlich verfärbten, leicht erhabenen hyperästhetischen Infiltraten an der linken Wange und Hand litt, ist seit langer Zeit völlig davon frei.

Auch andere mehr und minder erkrankte Patienten zeigen ganz bedeutende Besserungen, so ein junger Grieche mit Knotenlepra, dessen beginnende Fazies leonina ganz ersichtlich zurückgegangen ist. Die früher völlig das Gesicht bedeckenden braunen Infiltrate verschwinden mehr und mehr, und bilden auf der wieder normalen, zarten und weißen Haut mehr und mehr zurücktretende Inseln. Die ausgedehnten sehr tiefen Geschwüre, die anfänglich fast die ganzen außerordentlich geschwollenen Unterschenkel umfaßten, sind — abgesehen von den Ulcerationen fast sämtlicher Zehenspitzen — fast ganz glatt verheilt. Ein lokales Rezidiv, das er sich auf dem rechten Bein durch Unachtsamkeit zugezogen hatte, war bei meiner Abreise wiederum fast verheilt. Ich brauche Sie nicht daran zu erinnern, welche Crux große Beingeschwüre bei sonst gesunden Menschen für den ärztlichen Therapeuten sind und so werden Sie, glaube ich, zugeben, daß die Heilung solcher enormen Ulcera sowie diejenige der vorher geschil-

derten Leprösenerkrankungen bei ambulanten in den ärmsten Verhältnissen lebenden Patienten einen nicht zu unterschätzenden Erfolg bedeuten.

Ich kann hier nicht weiter auf Details eingehen, ich mufs aber noch hervorheben, was meinen Erfolgen mit Antileprol eine besondere Bedeutung verleiht, dafs dieselben einmal, wie ich schon andeutete, an dem denkbar ungünstigsten Krankenmaterial und unter den ungünstigsten Bedingungen gewonnen sind, sodann, dafs sie ausschliefslich dem Antileprol zugeschrieben werden müssen.

Was den ersten Punkt anbelangt, so bemerke ich, dafs ich weder ein Hospital noch ein Lepraheim zu meiner Verfügung habe, und dafs meine poliklinischen Patienten den ärmsten Arbeiter- und Fellachenkreisen angehören, die meistens aus den Dörfern weither zu mir kommen, und die für Reinlichkeit und Hygiene nicht die geringste Empfindung haben, so dafs ich einen stets erneuten schweren Kampf mit ihrer Unreinlichkeit kämpfen mufs. Dabei behandle ich sie ganz allein und habe bisher weder Wärter noch Assistenten, die mir helfen. Durch das mitleidsvolle Interesse, welches S. H. der Khedive neuerdings den armen Leprösen und meinen Bemühungen um dieselben zuwendet, habe ich, nebenbei gesagt, jedoch nun begründete Aussicht, und hoffe, dafs dieser Zustand sich in nächster Zeit meinen Wünschen in entsprechender Weise ändern wird, so dafs ich mich nicht nur der praktischen Seite der Behandlung, sondern auch wissenschaftlichen Studien darüber, widmen kann.

Was den zweiten Punkt anbelangt, so kann ich deshalb behaupten, dafs die Besserung meiner Leprafälle ausschliefslich dem Antileprol zuzuschreiben ist, weil ich seit geraumer Zeit ganz aufgehört habe, neben dem Antileprol, aufser bei speziellen Indikationen, noch andere Medikamente zu geben, auch bei der Nervenlepra, seitdem ich die Überzeugung von der Wirksamkeit desselben gewonnen hatte. Dafs die Besserungen bei dieser Medikation aber nicht etwa zufällige nicht „post“ sondern „propter“ auftretende sind, ergibt sich daraus, dafs sie, ich kann sagen durchweg bei den Patienten, die sich konsequent behandeln lassen, nach einiger Zeit zu beobachten sind, und dafs nach dem Verschwinden der Knoten und Infiltrate nicht etwa Nervenerscheinungen hinterher auftreten, sich vielmehr auch die Nervensymptome gleichfalls bessern, soweit dieselben einer Einwirkung überhaupt noch zugängig sind. Weiterhin konnte ich bei einigen Patienten ganz deutlich beobachten, wie nach Aussetzen der Behandlung, bei eintretender Besserung, die Krankheit sich verschlimmerte, dann, wenn die Patienten von selbst zu mir zurückkehrten, bei erneuter Behandlung sich sichtlich wieder besserte.

Alles in allem stehe ich somit nicht an, das Antileprol nach meinen zweijährigen Erfahrungen als ein ganz entschieden wirksames Mittel gegen die Lepra angelegentlichst zu empfehlen. Zwei Punkte möchte ich zum

Schlusse noch besonders hervorheben. Einmal mufs unser Bestreben für diese Behandlung der Lepra, wie wir dies ja auch für die Tuberkulose als eine erste Bedingung erkannt haben, das sein, dafs wir die Fälle möglichst frühzeitig zur Behandlung bekommen, und das ist nur möglich, wenn wir die Erkrankung möglichst früh erkennen lernen, und zweitens, dafs wir die Therapie systematisch und auf Jahre hinaus konsequent durchführen. Hierfür ist nun das Antileprol eben von so grofsem Vorteil, da dasselbe ohne jede Magenstörung andauernd von den Patienten genommen werden kann.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Erythema induratum BAZIN-FOX.

Von

Dr. G. A. Gavazzeni-Bergamo.

Mit zwei Abbildungen im Text und einer Tafel.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Diagnose.

Es handelt sich nach dieser Schilderung um ein chronisches Hautleiden, welches lediglich an den Unterschenkeln in Form zerstreuter Knötchen auftritt, die entweder einer zentralen Resorption unterliegen oder oberflächlich nekrotisieren und nach längerem Bestande der Geschwüre mit pigmentierten Narben abheilen. Differentialdiagnostisch kommen wohl nur in Betracht: Erythema nodosum, variköse und syphilitische Geschwüre und das Erythema Bazin.

Das Erythema nodosum ist trotz seiner Lokalisation am Unterschenkel leicht auszuschliefsen, da dasselbe eine akute Affektion ist und viel gröfsere und bei Druck sehr empfindliche Knoten erzeugt.

Die Syphilis spielt in der Anamnese keine Rolle; die Untersuchung ergab ebenfalls nicht den mindesten Anhalt für diese Diagnose. Die knotigen Infiltrate gleichen durchaus nicht denen der tertiären Syphilis. Die Geschwüre waren weder serpiginös noch nierenförmig und erinnerten nur bei einem einzigen gröfseren Geschwüre durch die scharfen, steilen Ränder etwas daran. Die spontane Ausheilung ohne antisyphilitische Behandlung spricht natürlich auch gegen diese Annahme, die hier von mir eigentlich nur der Mode halber mit diskutiert wird.

Eher schon wäre an die Möglichkeit einfacher variköser Entzündungen, Infiltrate und Geschwüre zu denken, besonders da in der Umgebung der erythemotösen Knoten verdickte Venenstränge zu palpieren sind. Aber

trotzdem die Region der Knoten im grofsen und ganzen die bekannten Prädilektionsstellen der Varicen wiedergibt, bestehen doch zwischen varikösen Infiltraten und Geschwüren einerseits und den hier vorkommenden grofse Differenzen. Zunächst sind die varikösen Infiltrate viel ausgedehnter und weniger zahlreich, sie erstrecken sich meistens in die Tiefe bis auf den Knochen oder die Fascie, sind spontan fast immer schmerzhaft und die Geschwüre, die hauptsächlich traumatischen, seltener hämorrhagischen Ursprungs sind, befinden sich mit Vorliebe über oder in der Nähe von Knochenvorsprüngen, sei es der Tibia, sei es der Fufsknöchel. Auf die durch spontane Nekrose entstehenden Geschwüre unseres Falles haben Traumata keinen Einflufs, dieselben sind nicht spontan schmerzhaft und sie entstehen und vergehen in unregelmäfsiger Folge und unregelmäfsig zerstreut über die ganze beschriebene Region.

Auf der anderen Seite sprechen alle angeführten Symptome für das von Bazin seinerzeit beschriebene Erythema induratum. Die Chronizität, die Lokalisation an den Unterschenkeln, die Symmetrie, die Form und Gröfse der Knoten, der Mangel an Schmerzhaftigkeit derselben, die Art der oberflächlichen Nekrose, die Beschaffenheit der Geschwüre und Narben, der ganze schleichende und rekrudeszierende Verlauf, die geringe und langsame Beeinflussung durch die Therapie, das Geschlecht und Alter der Patientin, die tuberkulöse Anamnese. Alles ohne Ausnahme stimmt mit dem von Bazin, Colcott Fox, Thibierge und Ravaut, Leredde und Pautrier, Mantegazza u. a. aufgestellten klinischen Bilde des Erythema induratum. In klinischer Beziehung schliefst sich mithin dieser Fall den 87 Fällen von Schidachi an, gegenüber 65 unter 152 Fällen, die nicht als typische anzuerkennen sind.

Es wurde der Patientin am rechten Beine ein erbsengrofser Knoten exzidiert. Dieser war tief im subcutanen Gewebe gelegen. Die bedeckende Haut war blaurot, die Grenzen des Knotens ziemlich scharf, seine Konsistenz derb.

Das Hautstück wurde in absolutem Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und vollständig geschnitten. Die Schnitte wurden nach verschiedenen Methoden gefärbt:

1. Polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäthermischung.
2. Neutrales Orcein — Polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäthermischung.
3. Polychrome Methylenblaulösung — Neutrales Orcein.
4. Spongioplasmafärbung.
5. Säurefuchsin — Pikrin — Pikrin.
6. Saure Kerne-Färbung.
7. Mastzellenfärbung.
8. Haemalaun — Orange.

9. Haemalaun — Safranin — Tannin.
10. Saures Orcein — Polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäthermischung.
11. Saures Orcein — Polychrome Methylenblaulösung — Tannin.
12. Karbol — Pyronin — Methylgrün.
Usw.

Es wurden auch viele Schnitte auf den Kochschen Bacillus gefärbt: Karbolfuchsin — Schwefelsäure. Säurefuchsin — Gentiana usw.

Auch wurde auf Meerschweinchen verimpft, aber leider gingen die Tiere (wenige Tage darauf) interkurrent durch Unfall zugrunde.

Histologische Befunde.

Mit schwacher Vergröſserung erkennt man, daſs die Hauptveränderungen ganz in der Tiefe liegen, und zwar an der Grenze zwischen subcutanem Gewebe und Cutis; nach der Oberfläche nehmen dieselben an Intensität ab.

Oberhaut: Die etwas ödematöse Stachelschicht weist richtige Intercellularlücken auf; sie ist etwas verbreitert und schwächer als normal gefärbt. Viele Zellen zeigen auch ein ausgesprochenes intracelluläres Ödem, wodurch die Kerne beiseite gedrückt werden, so daſs sie ihre normale Form verlieren. In den intercellulären Spalten sind spärliche Lymphocyten vorhanden. Die Hornschicht ist nicht verdickt; man sieht keine Hyperkeratose, nur hier und da Spuren von Parakeratose (Mangel an Keratohyalin und Erhaltenbleiben der Kerne der Hornzellen).

Cutis: Schon bei schwacher Vergröſserung erweist sich die Affektion als eine typische Gefäſserkrankung der Haut. Die zelligen Infiltrationen sind ausnahmslos strangförmig, und zwar nimmt die Breite und Dicke derselben von der Oberfläche nach der Tiefe zu. In einigen mittleren Schnitten fallen einige gröſsere unregelmäſsig gestaltete Herde auf, die aber bei näherer Betrachtung sich dem Schema des verdickten Gefäſsbaumes angliedern. Sie bilden gleichsam dicke Knotenpunkte in dem strangförmigen Gefäſsbaum.

Eine andere Besonderheit dieser Stränge ist, daſs die zentral gelegenen fast alle rein zelliger Natur sind, während an der Peripherie sehr viele verdickte Gefäſse vorhanden sind, die fast reines fibrilläres Bindegewebe aufweisen. Ebenso wie sämtliche kleine und groſse Gefäſse in diesen peripheren Schnitten verhalten sich auch viele oberflächliche venöse Kapillaren im Zentrum. Man kann mithin im allgemeinen sagen, daſs die zelligen Gefäſsstränge oben und an den Seiten fast kontinuierlich von einer Schale verdickter Gefäſse umgeben sind, die keine zellige Infiltration aufweisen.

Wir haben also in der Beschreibung der Hautgefäſse zwei verschiedene Veränderungen auseinander zu halten. Was zunächst die zelligen Gefäſsstränge betrifft, so imponiert es an solchen Schnitten, die auf Kollagen und Elastin gefärbt sind, am meisten, daſs von diesen Substanzen gar nichts in den Bau der Gefäſsstränge eingeht. Dieselben bestehen nur aus einer groſsen Menge von Kernen verschiedenen Kalibers, welche in eine schwach gefärbte Masse eingebettet sind, welche die wohlerhaltene Intima direkt umgibt. Die Lichtungen der Gefäſse sind stets offen, meistens erweitert, nicht durch endotheliale Wucherung oder Thromben verschlossen. Woraus besteht nun diese kernreiche Masse, welche alle zentralen Gefäſse umgibt? Kollagen als Grundmasse ist, wie schon gesagt, ausgeschlossen. Hierüber geben gut auf Protoplasma gefärbte Schnitte Auskunft. Man sieht überall dort, wo von diesen Gefäſssträngen kleinere Äste um Kapillaren sich abzweigen, daſs diese Masse zelliger Natur ist; aber man kann die Zellgrenzen nicht deutlich erkennen. Es ist eine Zellhypertrophie mit Einlagerung vieler Kerne, und nur so viel ist klar, daſs die gewöhnliche Hypertrophie des Granoplasmas in Form von Plasmazellen vollständig fehlt. Es muſs also wohl der andere Bestandteil des Protoplasmas, das Spongioplasma sein, welches diese zellige Hypertrophie erzeugt. Bei stärkerer Vergröſserung bemerkt man denn auch, daſs die eben genannten feinen zelligen Ausläufer nur aus Spongioplasma bestehen. Wir können mithin die zentralen Gefäſsstränge im allgemeinen definieren als eine perivaskuläre, starke Hypertrophie des Spongioplasmas der Bindegewebszellen mit Einlagerung vieler Kerne, aber ohne Bildung von Plasmazellen.

Wo die Stränge dicker sind, erscheinen sie bei guter Färbung in der Mitte mehr oder weniger aufgehellt und diese Stellen entsprechen einer Veränderung, die man früher gewöhnlich als „epitheloide Zellen“ beschrieb, die wir aber nach Unna lieber als homogen geschwollene Zellen bezeichnen wollen. Wir werden später sehen, daſs dieselben die Grundlage weiterer, spezifisch tuberkulöser Veränderungen bilden.

Im Gegensatz zu diesen zelligen Gefäſssträngen sind die peripheren sehr zellenarm. Bei ihnen fällt am meisten auf die groſse und kontinuierliche Erweiterung des Lumens; alle diese venösen Gefäſse klaffen weit und haben äuſserst starre, dicke Wandungen. Diese letzteren bestehen, wie Färbungen auf Kollagen und Elastin zeigen, aus reinem neugebildeten Kollagen, in welches nur noch wenige elastische Fasern von auſsen hineinragen. Zellen und Kerne enthält diese kollagene Periphlebitis sehr wenige. Wie die Übersicht aus einem Schnitte der Peripherie des Knotens zeigt, haben diese in ihren Wandungen enorm verdickten Gefäſse der Cutis das Kaliber von groſsen subcutanen Venen.

Was nun die oben genannten unregelmäſsig gestalteten Herde im

Zentrum des Knotens betrifft, so findet man in der Peripherie derselben und nur hier allein Riesenzellen. Dieselben schließen sich den eben genannten, homogen geschwollenen Zellen an, aus denen sie durch Vergrößerung und Kernvermehrung entstehen. Ich habe bis zu 18 Kernen in einer Zelle gezählt. Die Form der Kerne und ihre dicht gedrängte, ringförmige Anordnung entspricht genau der gewöhnlicher tuberkulöser Riesenzellen. Es fällt aber auf, daß dieselben bei guter Protoplasmafärbung sehr blaß sind und nicht den gewöhnlichen, durch stärkeren Granoplasmagehalt einseitig dunkleren Rand aufweisen. Einige der Riesenzellen enthalten Stücke von elastischen Fasern. Unter diesen Herden mit homogener Schwellung der Zellen und Riesenzellen sind vier kleinere und größere im Zentrum des Knotens vorhanden, bei denen es in der Mitte zu typischer Verkäsung gekommen ist. Man sieht um eine ungefärbte Mitte konzentrisch angeordnete Kernmassen, die um so schlechter gefärbt sind, je zentraler sie liegen. Zwischen dieselben hinein erstreckt sich die Verkäsung radienartig nach außen. Im Bereiche der zentralen Verkäsung finden sich nur Kernbröckel. In den kleineren Verkäsungsherden handelt es sich mehr um eine schlecht färbbare aber noch deutliche Zellenmasse. Auch beim Aufbau dieser Käseherde spielen Plasmazellen keine Rolle.

Es war mir natürlich von großem Interesse zu erfahren, ob in diesen von histologischem Standpunkte aus sicher tuberkulösen Herden sich Tuberkelbazillen befänden. Doch standen mir für diese Untersuchung nur zwölf Schnitte zu Gebote. Indem ich auf die jedem Histologen bekannten Schwierigkeiten, einzelne Bazillen aufzufinden, besonders hinweise, möchte ich andrerseits betonen, daß es mir gelang, in einem Gefäßstrang zwei vereinzelte Bazillen aufzufinden, welche die Säureentfärbung überstanden hatten. Ebenfalls zeigte eines der nekrotischen Zentren, welches durch eine kombinierte Fuchsin-Gentianamischung sehr stark gefärbt war, in der allerdings etwas dunklen Masse mehrere noch dunkler gefärbte Stäbchen. Bei aller Reserve, welche solche einzelnen Befunde verlangen, bin ich doch geneigt, dieselben für Tuberkelbazillen zu halten, da ich sie in einem tuberkulösen Gewebe gefunden habe, dessen Struktur typisch war und welches keine anderen Bakterien enthielt.

Das Gewebe der Cutis außerhalb der Gefäßstränge ist ziemlich normal. Das Kollagen ist etwas ödematös, die Lymphspalten mäßig erweitert, das Elastin im allgemeinen normal bis auf die leichten physikalischen Veränderungen an der Grenze der Stränge, wo der Elastinschwund anfängt. Die Spindelzellen der Cutis sind reichlicher als normal und stellenweise, besonders in der Nähe der Stränge vergrößert. Die Haare, Talgdrüsen und Knäueldrüsen, soweit sie in meinen Schnitten sichtbar sind, zeigen keine Abnormität.

Resumé: Die histologische Diagnose des Falles würde also lauten: Im Zentrum der Knoten Periangioitis tuberculosa, in der Peripherie Periangioitis fibrosa.

Fall II.

Diese Beobachtung betrifft einen jungen Mann, den ich im Ospedale Maggiore zu Bergamo zu behandeln Gelegenheit hatte.

Luigi J. 18 Jahre alt, Spinner. Die Eltern waren sicher tuberkulös und starben an Lungentuberkulose. Eine Schwester lebt noch, ist aber kränklich und leidet angeblich an chronischer Bronchitis. Drei andere Geschwister leben und sind gesund.

Patient will nie krank gewesen sein, sich stets voller Gesundheit erfreut haben.

Nur vor zwei Jahren hätte er eine Krankheit am rechten Beine gehabt, ganz ähnlich wie die jetzige am linken.

Der Ausschlag an den oberen und unteren Extremitäten soll seit einem Jahre entstanden sein. Nach Angabe des Patienten waren keine Schmerzen, kein Fieber, keine Allgemeinbeschwerden vorhergegangen.

Status praesens: Allgemeinzustand ziemlich gut. Knochenbau normal und ziemlich kräftig. Fettpolster gering. Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute blaſs, anämisch. Die inneren Organe weisen keine Veränderungen auf.

Haut: Die Haut ist im allgemeinen trocken, dürr, fettarm und hat, wie gesagt, einen blaſsgelblichen Farbton. Die Follikel sind deutlicher als gewöhnlich. Befallen sind die Extremitäten; Rumpf, Kopf sowie Genitalien sind frei.

In der unteren Hälfte des linken Unterschenkels vorn befindet sich eine handgroſse, unregelmäſsige Läsion, ziemlich scharf von der normalen Haut abgegrenzt. Die Haut nimmt hier einen lividroten bis blauroten Farbton an und ist nicht verschieblich. Die Infiltration geht sehr tief. Diese groſse Plaque besteht nämlich aus einer Gruppe nicht scharf umgrenzter Knoten, die im subcutanen Gewebe liegen. Die Oberfläche der Plaque zeigt vier Geschwüre, von denen zwei im Zentrum, das andere an der Peripherie sitzen. Das letztere ist sehr oberflächlich, die ersteren dagegen tiefer, unregelmäſsig, mit etwas zackigen Rändern. Der Grund ist granuliert, kaum blutend und secerniert fast gar nicht. Am rechten Bein sind nur Narben zu konstatieren; diese sind rund, ringsherum pigmentiert, weiſs im Zentrum und nach Aussage des Patienten aus Läsionen ganz ähnlich denen des linken Beines entstanden.

Neben Veränderungen obiger Art sind sowohl an den Armen wie an den Beinen noch andere Erscheinungen vorhanden, die mit der oben beschriebenen Affektion nichts zu tun haben. Diese Läsionen zeigen alle

wünschenswerten Stadien der Entwicklung, so daſs man neben pigmentierten Flecken und Narben verschiedenen Alters Papeln und kleine Knötchen finden kann.

Die primären Effloreszenzen sind stecknadelkopf- bis linsengroſse, rundliche Knötchen, welche nur in der oberflächlichsten Hautschicht liegen. Ihre Farbe ist braunrot bis lividrot, die Konsistenz sehr derb. Einige von diesen Knötchen zeigen eine kleine Schuppe, die nur schwer zu entfernen ist und nach Entfernung ein trichterförmiges Grübchen hinterläſst, in welchem die Schuppe mit einem Zapfen haftete. Es kommen auch (doch nur selten) Knötchen vor, die an ihrer Spitze vesico-pustulös sind. Nicht selten ist dann die Decke der Pusteln zugrunde gegangen und deren Stelle von einer kleinen, dünnen, schmutziggelben Kruste eingenommen.

Diese primären Effloreszenzen haben keine Tendenz sich zu gruppieren, oder circinäre Figuren zu bilden. Sie bleiben immer vereinzelt und spärlich. Nur manchmal sieht man einige Knötchen sich rings um eine Narbe entwickeln.

An den unteren Extremitäten sind die Knötchen viel zahlreicher und lividrot. Keine Hämorrhagie ist nachzuweisen. Schuppe, Pustel oder Kruste sind hier fast nicht zu konstatieren. Dagegen ist hier eine zentrale Nekrose verschiedener Knötchen sehr auffallend. Infolge dieser Nekrose sieht die Peripherie etwas erhaben aus, blaſs oder auch lividrot, während die zentralen, eingesunkenen Partien ein kleines Grübchen zeigen mit trockenem, schmutzig-gelblichem Detritus. Auch hier sieht man alle Übergänge und Stadien: neben einem Knötchen in seiner völligen Entwicklung, einem andern, das erst eine beginnende Nekrose aufweist, rote bis lividrote, etwas infiltrierte Flecke, pigmentierte Flecke und endlich weiſse, alte Narben von der verschiedenen Gröſse der Knötchen. Über die Entstehung der Narben ist noch folgendes zu sagen. Sie überragen im allgemeinen nicht das Hautniveau. Ihre Farbe ist zuerst lividrot und verschwindet nicht unter dem Glasdruck. Dann nimmt das Zentrum einen weiſsen Farbenton an, während die Peripherie noch rot und leicht infiltriert ist. Schlieſslich werden die Narben ganz weiſs. Sie sind so scharf konturiert, daſs sie wie mit einem regelmäſsig runden oder ovalen Stempel eingedrückt aussehen. Die beschriebenen Knötchen sitzen meist perifollikulär; viele sind von einem Haar durchzogen, so daſs aus dem Zentrum alter Narben oft ein atrophisches Haar hervorragt.

Die Läsionen an beiden Seiten des Halses hat Patient nie beachtet. Es sind zwei kaum erhabene, wie die Haut gefärbte Flecke von Markstückgröſse. Die Infiltration ist sehr gering, kaum fühlbar. Auf diesem Flecke sind miliäre und follikuläre Knötchen zu konstatieren, deren Farbe sich fast gar nicht von der umgebenden Haut abhebt und die daher besser

mittelst des Tastsinnes nachzuweisen sind. Die Oberfläche ist leicht abschuppend und die Schuppen dünn und klein (pityrodes).

Epikrise: Wollen wir nun die Epikrise dieses zweiten Falles zusammenfassen, so müssen wir, was die Läsionen an den Unterschenkeln betrifft, wiederholen, was schon bei Fall I betont wurde: Die tuberkulöse Anamnese, der Sitz der Läsionen an den Unterschenkeln, die symmetrische Anordnung derselben, der chronische Verlauf, das Fehlen jedes syphilitischen Symptoms erlauben die Diagnose: Erythema induratum.

Was die übrigen Effloreszenzen anlangt, so sehen wir uns auch hier einem chronischen Prozesse gegenüber, den wir nach Art und Charakter der Läsionen, sowie nach dem Typus des Patienten ebenfalls für einen tuberkulösen Prozeſs halten müssen. — Die primären Effloreszenzen könnten vielleicht an Akneknötchen erinnern; aber das Fehlen jeder deutlichen Entzündung um dieselben, die Seltenheit einer Pustel im Vergleich zu der so häufig vorkommenden Nekrose, der Sitz an Armen und Beinen, die Symmetrie lassen eine gewöhnliche Akne sofort ausschlieſsen. — Ebensowenig kommt Syphilis in Betracht; denn abgesehen von der für Syphilis negativen Anamnese, unterscheiden sich die Effloreszenzen von etwa einem miliären pustulösen Syphilid durch ihre noch gröſsere Chronizität und nicht nur in der Farbe, sondern besonders in ihrer Anordnung, die keine Tendenz zur Gruppierung zeigt. Endlich spricht auch das Fehlen anderweitiger syphilitischer Symtome für die Diagnose eines papulo-nekrotischen Tuberkulids, insbesondere Folliclis.

Wir wollen nicht erörtern, ob die sogenannte „Aknitis“ von Barthélemy auch mit zu den tuberkulösen Hautaffektionen gehört oder nicht. Die Symptome der Aknitis sind wesentlich andere als die in unserem Fall gefundenen. Die Aknitisknoten sind im allgemeinen viel gröſser, liegen tief und die sie bedeckende Haut erscheint zuerst normal; erst später treten die äuſseren Hautveränderungen auf. Gewöhnlich sitzen die Aknitisknoten anfangs im Gesicht und gehen nur später auf andere Körperteile über. Die Beziehung der Aknitis zur Tuberkulose ist bis jetzt noch nicht bewiesen, diejenige der Folliclis scheint festzustehen.

Die Pirquetsche Probe bewirkte eine starke örtliche Reaktion sämtlicher Läsionen: sowohl der als Erythema induratum wie der als Folliclis diagnostizierten.

Krankheitsverlauf: Das Erythema induratum kam bald zur Heilung, die Folliclis blieb sich fast gleich, bis der Patient das Spital verlieſs. Später habe ich den Patienten nicht wiedergesehen.

Histologische Untersuchung: Exzidieren konnte ich in diesem Falle leider kein Knötchen vom Erythema induratum, sondern nur zwei der Folliclis. Die histologische Untersuchung derselben ergab keinen tuberkulösen Habitus, nur den einer gewöhnlichen Infiltration.

Ein Knötchen wurde auf ein Meerschweinchen verimpft; der Versuch fiel negativ aus.

Schlufsbemerkungen.

Ich möchte für die beiden von mir mitgeteilten Fälle in Anspruch nehmen, dafs es sich bei ihnen um sicher tuberkulöse Individuen handelte und die Hautaffektion den echten Typus Bazin des Erythema induratum aufwies.

Um diesen Satz aufrecht erhalten zu können, mufs ich zunächst definieren, was ich unter dem echten Typus Bazin verstehe. In der Literatur des Erythema induratum hat sich, wie ich das im Anfange meiner Arbeit zu zeigen versucht habe, eine immer steigende Verwirrung des Begriffes Erythema induratum eingestellt. Die rein klinische Beschreibung von Bazin gab ein einfaches, leicht wiederzuerkennendes Bild, in welchem folgende Symptome zusammentreffen: tuberkulöse Konstitution, chronische, symmetrische Knotenbildung an den Unterschenkeln, Jugendlichkeit der Patienten, fast immer weibliches Geschlecht. In der Folge traten Autoren auf, welche noch ein wesentliches Symptom diesem Bilde hinzufügten, ohne dafs dadurch das letztere an Bestimmtheit verlor: die Ulceration der Knoten. Hauptsächlich war es Hutchinson, welcher die Ulceration dadurch mehr in den Vordergrund rückte, dafs er viele Fälle von Knotenbildung ähnlicher Art bei Syphilitischen auch unter den Begriff Erythema induratum einzureihen vorschlug. Indem er auf diese Weise den letzteren erweiterte, gab er andererseits einen der Hauptpunkte preis, auf die Bazin Gewicht legte: das Vorhandensein der Tuberkulose. Er machte gleichsam aus dem Begriff der Einzelkrankheit Erythema induratum einen Gattungsbegriff. Dieses war der erste Anfang dazu, dem Bazinschen Bilde seine ursprüngliche Bestimmtheit zu nehmen. Anders verfuhr zur selben Zeit Colcott Fox. Er fügte dem Bazinschen Bilde das Symptom der Ulceration ein, ohne den Rahmen desselben zu sprengen. Wir handeln daher richtig, wenn wir diese wesentliche und keine Verwirrung herbeiführende Erweiterung den Typus Bazin-Fox nennen.

Leider ist dieser rein klinische, klare und stets wiederzuerkennende Typus im Verlaufe der folgenden Jahre von vielen Autoren bei ihren Arbeiten nicht fest im Auge behalten worden. Die überraschenden neueren Erfahrungen über die Tuberkulose, die Entdeckung des Tuberkelbacillus, der Tuberculotoxine, der tuberkulösen Reaktionen, mit einem Worte die ätiologischen Erfahrungen der Neuzeit haben natürlich zur Folge gehabt, dafs der früheren rein klinischen Definition nicht mehr dieselbe Wichtigkeit beigelegt wurde, und weitere Folge war die, dafs einige der ursprünglichen Symptome als weniger wichtig in Vergessenheit gerieten. So besonders:

die Lokalisation am Unterschenkel, die Symmetrie, die Jugendlichkeit der Patienten, der tuberkulöse Habitus. So kam unter den Händen einiger neueren Autoren der Begriff Erythema induratum in den Verdacht, überhaupt nur ein Sammelbegriff für ähnliche Affektionen verschiedener Herkunft zu sein (so z. B.: WHITFIELD, KRAUS).

Ohne im mindesten bezweifeln zu wollen, daſs es eine Reihe von Affektionen gibt, welche durch ihre knotige Beschaffenheit und ihren chronischen Verlauf dem Erythema induratum BAZIN ähnlich sind — solche Fälle sind in der Literatur reichlich vorhanden, ich erinnere an die Fälle GROUVEN, CARLE, GALLOWAY, REINES —, so muſs ich doch sagen, daſs es mir für die Klarheit in der folgenden Entwicklung unserer diesbezüglichen Kenntnisse wichtig erscheint, den ursprünglichen, rein klinischen Typus allein mit dem Namen Erythema induratum BAZIN oder besser BAZIN-FOX festzuhalten.

Von diesem Standpunkte aus möchte ich folgende Definition für das Erythema induratum geben:

Das Erythema induratum ist eine auf tuberkulöser Grundlage sich an den Unterextremitäten entwickelnde Eruption von knotiger Form und chronischem, benignem Verlaufe. Die Knoten variieren in der Gröſse (Erbsen- bis Nuſsgröſse); sie liegen anfangs im subcutanen Gewebe und wölben die gesunde Haut empor. Alsbald gesellt sich eine bläuliche Röte hinzu, die sich etwas diffus ausbreitet. Die vereinzelt liegenden Knoten sind häufig durch derbere Gefäſsstränge verbunden, die man im subcutanen Gewebe tastend verfolgen kann. In selteneren Fällen verschmelzen die früher isolierten Knoten zu plattenförmigen Infiltraten. Auf der Höhe der Knoten tritt, nach vorheriger Verschmelzung mit der Cutis, in vielen Fällen eine Ulceration ein von sehr langwierigem Verlaufe; in den meisten Fällen unterliegen die Knoten einer spontanen Resorption. In beiden Fällen folgt auf den Schwund der Knoten eine narbenähnliche Atrophie und meistens Pigmentierung. Der Verlauf zeichnet sich aus durch den Wechsel von spontanen Besserungen und Rezidiven und das Springende im Auftreten der neuen Knoten. Von der Prädilektionsstelle der Unterschenkel breitet sich die Affektion im Laufe der Zeit auf die Oberschenkel aus und befällt fast regelmäſsig, wenn auch nicht immer, gleichzeitig beide Unterextremitäten.

Da wir das Erythema induratum BAZIN-FOX als sicher tuberkulöse Affektion auffassen, so haben wir ihre Stellung unter den tuberkulösen Affektionen der Haut zu präzisieren. Diese können wir, absehend von den in ihrer mechanischen Entstehungsweise noch nicht vollkommen klaren Tuberkulosen der Haut (wie Lichen scrophulosorum, Folliclis, Lupus erythematosus, Lupus pernio usw.), in drei Hauptgruppen teilen. Entweder wird der Tuberkelbacillus direkt der Haut eingeimpft, und wir haben den

Typus des Lupus. Oder auf dem Wege der Lymphbahnen wird reicheres tuberkulöses Material von den unter der Haut liegenden Organen (Knochen, Drüsen) dieser zugeführt, und wir bekommen entweder den Typus der tuberkulösen Fistel oder den des Skrophuloderms. Das letztere ist ausgezeichnet durch seine abscefsähnliche Weichheit, seine gründliche lokale Zerstörung der Haut und daher dem Lupus gegenüber, schärfere Begrenzung.

Zu diesen Gruppen gehört natürlich das Erythema induratum BAZIN-FOX nicht. Histologisch finden wir eine verbreitete strangförmige Veränderung der Blutgefäfse, teils in Form eines verkäsenden Granuloms, teils in der Form einer fibrösen Periangioitis. Daraus ist zu schliefsen, dafs unsere Affektion zur dritten Gruppe der Tuberkulosen der Haut gehört, nämlich zu derjenigen, bei welcher die Tuberkulose auf dem Wege der Blutgefäfse der Haut zugeführt wird. Dafür spricht klinisch die stets vorhandene Symmetrie sowie die häufig begleitenden Symptome des Ödems und der Cyanose.

Ist aber das Erythema induratum BAZIN-FOX eine hämatogene Tuberkulose, so haben wir in dieser Gruppe wenigstens zwei grundverschiedene Abteilungen: eine benigne, zu der unsere Affektion gehört, und eine schwerere, die mit zuweilen unaufhaltsamer Zerstörung der Haut und des subcutanen Gewebes einhergeht. Möglicherweise handelt es sich daher beim Erythema induratum BAZIN-FOX, wie schon DARIER u. a. vermuteten, um eine abgeschwächte Tuberkulose.

Für gütige Überlassung des Falles I sowie für die mir freundlich gewährte Hilfe bei dieser Arbeit sei meinem verehrten Lehrer Herrn Professor UNNA der wärmste Dank gebracht.

Erklärung der Abbildungen.

Figur I. Polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäthermischung.
A = Tuberkulöser Knoten mit zentraler Verkäsung.
B = Riesenzellen.
C = Zellige Gefäfsstränge.

Figur II. Polychrome Methylenblaulösung — Saures Orcein — Glycerinäthermischung.
A = Tuberkulöser Knoten mit zentraler Verkäsung.
B = Riesenzelle mit Elastin.
C = Elastisches Gewebe.

Figur III. Spongioplasmafärbung.
A = Mastzellen.
B = Spongioplastische Hypertrophie der Spindelzellen.

Figur IV. Saures Orcein — Polychrome Methylenblaulösung — Glycerinäthermischung.
A = Fibröse Gefäfsstränge.
B = Erweiterte Gefäfse mit verdickten Gefäfswänden.

Literatur.

1. Bazin, Leçons théorétiques et cliniques sur les affections cutanées. 2e ed. 178.
2. — Leçons sur la scrophule. Paris 1861.
3. — Leçons théorétiques et cliniques sur les affections génériques de la peau. Paris 1862.
4. Hardy, Traité des maladies de la peau. 1886.
5. Besnier, Érythème noueuse chronique des membres inférieurs. *Réunions cliniques de l'hôpital de S. Louis.* 1888.
6. Besnier et Doyon, Kaposis Lehrbuch. Übersetzung.
7. Leloir et Vidal, Traité déscriptive des maladies de la peau. 1889.
8. Giovannini, Un caso di idrossdenite. *Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle.* 1889. p. 302.
9. Feulard, Érythème induré des jambes chez une jeune fille. *Réunions cliniques de l'hôpital de S. Louis.* 1893.
10. Colcott Fox, On the érythème induré des scrophuleux of Bazin. *Brit. Journal of Dermatology.* Avril 1893.
11. Hutchinson, *Archiv of Surgery.* 1893.
12. Rad. Crocker, *Diseases of the Skin.* 1893.
13. Morris, *Brit. Journal of Dermatology.* 1894.
14. Thibierge, L'érythème induré des jeunes filles. *Semaine médicale.* 25. Dec. 1895.
15. Pringle, Érythème induré of Bazin. *Brit. Journal.* 1895/96.
16. Jadassohn, Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Ergebn. d. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie der Menschen u. Tiere.* 1895.
17. Pellizzari, Kongreſs in London. 1896.
18. Audry, *Annales de Dermat. et Syph.* 1898.
19. Lereddé, Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *Annales de Dermat. et Syph.* 1898.
20. Boeck, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1898.
21. Philippson, Tromboflebite nodulare tubercolare della pelle. *Giornale ital. malattie ven. e pelle.* 1898.
22. Hallopeau, Étude de malades et de moulages à l'hôpital de S. Louis au point de vue des toxituberculides. *Tribune médicale.* 1898.
23. Truchi, Érythème induré. *Thèse de Toulouse.* 1898.
24. Fournier, Maladie de Bazin. *Societé de dermatologie.* 1899.
25. Jadassohn, *Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1899.
26. — *Berl. klin. Wochenschr.* 1899.
27. Dade, A case of Érythème ind. of Bazin. With microscopical findings showing its non relations to tuberculosis. *Journal of cut. Diseases.* 1899.
28. Johnson, Indurated Erytheme and necrotic granuloma. *Journal of cutan. and genito-urin. Diseases.* 1899.
29. Thibierge et Ravaut, *Annales de Dermat. et Syph.* 1899. p. 513.
30. Haury, Essai sur les tuberculides cutanés. *Thèse de Paris.* 1899.
31. Unna, Histopathologie der Haut.
32. Jadassohn, Discussion sur les tuberculides. Paris 1900.
33. Whitfield, *Am. Journal med. Sc.* 1900/1901.
34. Darier, Congrès international de Dermat. Paris 1900.
35. Boeck, Colcott Fox, Campana, Riehl, Darier, Neisser, Lereddé, Congrès. Paris 1900.
36. Dougty, *Brit. Journal of Dermatology.* 1900.
37. Gastou-Emery, Ectyma scrophuleux. *Annales de Dermat.* Dez. 1901.

38. Philippson, Über Phlebitis nodularis necrotisans. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1901.
39. Mantegazza, Étude sur l'érythème induré de Bazin. *Annales de Dermat. et Syph.* 1901.
40. Carle, *Lyon méd.* 1901. T. XCVI. p. 358.
41. Hyde, *Diseases of the Skin.* 1901. p. 600.
42. Herxheimer, Kongreſs in Frankfurt 1901.
43. MacLeod-Ormsby, *Brit. Journal of Dermatology.* 1901.
44. Pinkus, Berliner Dermatologische Gesellschaft, 6. Mai 1902.
45. Stelwagon, *Diseases of the Skin.* 1902. p. 157.
46. Harttung-Alexander, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1902.
47. MacLeod, *Handbook of the Pathology of the Skin.* 1902.
48. Galloway, *Brit. Journal of Dermatology.* 1902/1903.
49. Kreibich, Wiener dermatologische Gesellschaft, 3. Dez. 1902.
50. Thomas, Érythème induré. *Journal des Praticiens.* 1903.
51. Pautrier, Les tuberculoses cutanées atypiques. 1903.
52. Solner, Julius, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1903. S. 337.
53. Juliusberg, Über Tuberkulide und disseminierte Hauttuberkulosen. *Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.* 1904.
54. *Pratique Dermatologique.* T. 4.
55. Bodin, *Annales de Dermat. et Syph.* 1904.
56. Wechselmann, Berliner Dermatologische Gesellschaft, 1. März 1904.
57. Polland, Referate in *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1904.
58. Kraus, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1905.
59. Hirsch, Über Erythema induratum. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1905.
60. Jadassohn in Mračeks Handbuch.
61. Pick, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 72.
62. Zieler, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 80.
63. Gilchrist, Amer. Dermat. Assoc. 1906.
64. Grouven, Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern. 1906.
65. Pelagatti, *Giornale italiano malattie veneree e pelle.* 1907.
66. Brocq, Dermatologie. 1907.
67. Werther, Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, 79. Versammlung zu Dresden 1907.
68. Alexander, *Berl. klin. Wochenschr.* 1907.
69. Jarisch, Hautkrankheiten. 1908.
70. Nobl, Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft. 26. Nov. 1908.
71. Reines, Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. 1908.
72. Schidachi, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1909.

Nachtrag.

Tafelerklärung zu meiner in Heft 5 erschienenen Arbeit:

Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Oberarzt der Dermatologischen Abteilung des kaiserl. türkischen Marine-Hospitals.

Mit einer Tafel.

Fig. 1 enthält ausschliefslich einen Schnitt der peripheren erythematösen Teile des ersten Präparats. Von den zentralen ulcero-krustösen Teilen, die im Text beschrieben sind, ist keine Abbildung beigegeben.

Versammlungen.

Die zweite Internationale Leprakonferenz (16.—19. August 1909, Bergen, Norwegen).

Originalbericht von Dr. med. Fr. E. Hopf,
Arzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Als vor rund zehn Jahren zur allgemeinen Verwunderung und Bestürzung im preufsischen Kreise Memel Fälle von Lepra in Erscheinung traten, war es das erste Mal, dafs man sich im Deutschland der Neuzeit lebhafter mit dieser furchtbaren Krankheit beschäftigte. Das allgemeine Interesse und die Rücksicht auf den Schutz der Bevölkerung führten damals (1897) schnell zu einer wissenschaftlich-praktischen Besprechung zwischen den Regierungen, die die erste internationale Leprakonferenz darstellte. Damals beteiligten sich Männer wie Virchow und Oskar Lassar an dem Zustandekommen und dem guten Verlauf der Konferenz. Diesmal war es die norwegische Regierung, welche den Gedanken in die Tat umsetzte, nach jetzt mehr als zehn Jahren eine zweite Leprakonferenz zu berufen, um festzustellen, welche Fortschritte unsere Kenntnisse über das Wesen und die Behandlung des Aussatzes in diesem Zeitraum aufzuweisen haben. Dem Rufe der norwegischen Regierung bezw. der Einladung des unter der Leitung von Armauer Hansen und Lie stehenden Organisationskomitees hatten zahlreiche Kreise Folge geleistet, wies doch die Teilnehmerliste 168 Namen auf, die alle Gegenden der bewohnten Erde repräsentierten. König Haakon von Norwegen erwies der Konferenz hohe Ehren, indem er nicht nur die Tagung eröffnete, sondern auch dem Festbankett beiwohnte und die Festvorstellung im Nationaltheater abermals durch seine Anwesenheit auszeichnete.

Der hohe Besuch bildete nicht nur eine Ehrung der Teilnehmer, sondern er deutete auch die Wichtigkeit an, die jeder moderne Staat der Lepra beimessen mufs.

Denn gibt es auch Länder, innerhalb deren Grenzen das Übel abnimmt, so stehen diesen doch andere Staaten gegenüber, in denen leider das Gegenteil der Fall ist. So lange dies aber der Fall ist, besteht auch weiterhin die Gefahr der Ausbreitung der gefürchteten Krankheit, die sowohl für den einzelnen Menschen wie auch für die Familie und damit für die Allgemeinheit die ernstesten Folgerungen nach sich zieht. Seit dem Jahre der ersten Konferenz hat man sich nicht nur von seiten der Regierungen um die Erforschung des genauen Standes der Lepra, sondern auch seitens der Ärzte eifrigst um die weitere Erkenntnis der Heilung des Leidens bemüht. Und Fortschritte merklicher Art sind zweifellos zu verzeichnen, das ergaben die Verhandlungen in Bergen klar und deutlich, wenn es auch noch manche ungelöste Frage gibt, wie z. B. die der Züchtung des Hansenschen Bacillus.

Die Tagungen begannen am Montag, den 16. August, im grofsen Saale des Logengebäudes „Den gode Hensigt" mit einer Begrüfsung der Erschienenen durch Armauer Hansen in deutscher Sprache. Hierauf bewillkommnete der König in französischer Sprache und eröffnete den Kongrefs. Namens der offiziellen Delegierten aller Länder dankte der Geheime Oberregierungsrat Dr. Kirchner dem König und der norwegischen Regierung. Hierauf ergriff der Generalsekretär des Kongresses, Dr. H. P. Lie-Bergen das Wort und begrüfste ebenfalls in deutscher Sprache die Teilnehmer. Er machte den Vorschlag, die Leprakonferenzen zu einer ständigen Einrichtung zu erheben, dergestalt, dafs etwa alle zehn Jahre eine solche stattfinden solle. Nachdem er das Kongrefsprogramm entwickelt hatte, trat die Versammlung in die Wahl des Bureaus ein. Unter allgemeinem Beifall wurde Jonathan Hutchinson zum Ehrenvorsitzenden gewählt. Darauf folgte die Wahl der Vorsitzenden und Schriftführer, um dann die wissenschaftlichen Berichte entgegenzunehmen.

Kirchner-Berlin sprach über **„Die Schutzmafsregeln gegen die Lepra seit 1897 in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten"**. Im Kreise Memel ist im Jahre 1848 ein Fall von Lepra beobachtet worden, der aus Rufsland eingeschleppt worden war. Seit jener Zeit sind noch fünf weitere derartige Fälle vorgekommen. Insgesamt sind seit 1848 bis zum Jahre 1908 77 Personen leprös geworden. Davon sind bis Ende 1908 61 gestorben. Es leben von den Kranken noch 16. Davon befinden sich 11 im Lepraheim. Hiervon leiden 10 an tuberöser, 6 an makulo-anästhetischer Lepra. Im Kreise Heydekrug lebt ein der Behörde bekannter Lepröser und eine lepraverdächtige Person. Aufserhalb der beiden genannten preufsischen Kreise sind im Königreiche seit 1897 22 Lepröse beobachtet worden, die alle auf Einwanderung aus den Tropen beruhen. 16 davon waren Männer, 6 Frauen. 18 leiden an der tuberösen Form, 4 an der anästhetischen. Ein Kranker war höchstwahrscheinlich, 3 weitere waren bestimmt im russischen Reiche angesteckt worden. Acht Infektionen waren in Asien, nämlich 1 in Birma, 1 auf Penang, 4 auf Java, 2 auf Sumatra erfolgt. Neun Kranke holten sich die Krankheit in Südamerika, davon 6 in Brasilien, 1 in Kolumbien, 1 in Argentinien und 1 in Venezuela. Eine Infektion kam in Natal in Afrika zustande. Von den 22 Kranken, die ihre Lepra in den Tropen erwarben, sind 9 gestorben, 8 wieder ausgewandert. Drei leben im Memeler Lepraheim, zwei tuberöse Lepröse leben in der Familie.

Jeanselme-Paris sprach über den **Kampf gegen die Lepra in den französischen Kolonien.** Aller französischer Kolonialbesitz ist von Lepra heimgesucht. In den alten Kolonien, wie Senegal, Réunion, Guyana und den Antillen haben sich die politischen Zustände und Einrichtungen bisher gegen eine genaue Beobachtung prophylaktischer Mafsregeln ungünstig erwiesen. In Neukaledonien, wo die Lepra im Fortschreiten begriffen ist und auch unter der weifsen Bevölkerung zahlreiche Opfer fordert, ist noch nichts Wirksames geschehen, um den Lauf des Übels aufzuhalten

und einzudämmen. Von allen französischen Kolonien ist zweifellos Madagaskar diejenige, welche den Kampf gegen den Aussatz mit Kraft, Geschick und Beharrlichkeit aufgenommen hat. Dank dem Vorschlag des Generals Gallieni hat die Verwaltung eine Zählung der Leprösen vorgenommen und ist auf die Zahl von über 8000 gekommen. Das sind, wie gesagt, die offiziell bekannten Fälle. Davon sind 3299 isoliert, und zwar in Einrichtungen, die man als Ackerbaukolonien bezeichnen kann. Die Insassen dieser Kolonien können darin arbeiten, sich nach ihrer Verwandtschaft ansiedeln und gruppieren und daselbst auch unter verhältnismäſsig verschwindendem Zwange leben. In Französisch-Indochina hat der Redner 1899 die Untersuchungen über die Verbreitung der Lepra angestellt. Es gibt daselbst 12—15000 Lepröse. In seinem der Regierung erstatteten Schluſsbericht forderte Jeanselme damals, daſs man den chinesischen Kulis, die leprös sind, die Einwanderung verbieten möge, daſs man zwangsweise die eingeborenen und vagabondierenden Leprakranken in Seeheimen absondern möge und daſs man in nahe den Städten gelegenen Fluſsrepraheimen jene Leprösen auf ihren Wunsch aufnehmen solle, welche eine Familie haben und ungern von ihr getrennt leben wollen oder sich nur schwer von ihr trennen lassen. Im übrigen verlangte Jeanselme, daſs dem Lepraheim der Charakter des Gefängnisses völlig genommen werden müsse. Dafür soll es den einer Ackerbaukolonie erhalten, in welche die Leprösen lieber eintreten werden. Ganz neuerdings hat auf den Vorschlag eines Ausschusses, der aus den Herren Debrien, Grall, Kermorgant und Jeanselme bestand, die Pariser tropenpathologische Gesellschaft den Wunsch ausgesprochen, daſs diese allgemeinen Grundsätze der Lepravorbeugung auf alle übrigen französischen Kolonien ausgedehnt werden möchten.

Über die **Lepra in Ruſsland**, besonders über die Leprakolonie Krutija Rutschtji im Gouvernement Petersburg, berichtete hierauf Exzellenz Professor v. Petersen-Petersburg.

Obgleich die Anschauung von der Lepra als Infektionskrankheit noch nicht unbedingt von allen Ärzten Ruſslands anerkannt ist, somit von denselben nicht stets die nötige Beihilfe erwiesen wird, ist es gelungen, im Petersburger Gouvernement eine stetig wachsende Kolonie einzurichten und zu erhalten, und das Resultat macht sich bereits bemerkbar, da die Anzahl der neuen Erkrankungen offenbar nicht zugenommen hat, sondern abzunehmen scheint.

Private Wohltätigkeitsvereine können auf die Dauer den Kampf mit der Lepra nur schwer durchführen, und ist es daher die Aufgabe des Staates, den Kampf mit der Lepra aufzunehmen.

Die zweckentsprechendste Form der Leproserien sind Kolonien, in welchen die Kranken nach Möglichkeit Beschäftigung erhalten sollen, wobei der Behandlung die gröſste Aufmerksamkeit zu widmen ist.

Die Kinder der Leprösen müssen in besonderen Asylen untergebracht werden, die in gröſserer Entfernung von diesen Kolonien anzulegen sind.

Hierarf sprach der Sanitätschef der Landesregierung, Hofrat Kobler-Serajevo, über **„Die Lepra in Bosnien und der Herzegowina und ihre Bekämpfung“**.

Diese Länder zählen eine Bevölkerung von rund 1800000 Seelen, der jährliche Zuwachs beträgt 17,9 auf Tausend. Nach neuerlich rektifizierten Zählungen wurden daselbst 393 Lepröse eruiert, wovon 135 leben. Auf 10000 Einwohner kommen sonach 0,73 Lepröse. Das männliche Geschlecht verhält sich unter diesen zum weiblichen wie 100 : 20. Von den bosnischen Bekenntnissen erscheinen die Mohammedaner am meisten, die spanischen Juden (Spagniolen) gar nicht beteiligt. Die Erkrankten befanden sich zumeist im kräftigsten Lebensalter, selten sind Kinder betroffen. Die überwiegende Anzahl der Leprösen (fast 99 %) gehört dem Bauernstande an. Kobler

hält an der Trennung der Lepra in die tuberosa, anaesthetica und mixta oder tubero-anaesthetica fest. Es ist möglich, daſs letztere die ursprüngliche Form ist, von welcher die ersten beiden nur Abweichungen darstellen. In Bosnien scheinen die Fälle der tuberosa abzunehmen und jene der anaesthetica zuzunehmen.

In den letzten fünf Jahren hat die Lepra in Bosnien-Herzegowina eine entschiedene Abnahme zu verzeichnen, welche sich sowohl darin äuſsert, daſs die verstorbenen Leprösen nicht durch die Anzahl der Neubeobachteten ersetzt werden, als auch darin, daſs mehrere bisher lepraverseucht gewesene Bezirke des Landes nunmehr bereits seit Jahren leprafrei sind. Kobler schreibt dieses Ergebnis der fortschreitenden Gesundung des Landes, insbesondere der Vermehrung der Ärzte, der Krankenhäuser und Ambulatorien zu. Ferner wurde eine Reihe von Maſsnahmen direkt zur Bekämpfung der Lepra in Bosnien-Herzegowina getroffen. Seit mehr als 20 Jahren werden alle Leprafälle in Listen aufgenommen, seit den letzten Jahren werden diese Fälle alljährlich durch die Amtsärzte untersucht und auch der Gesundheitszustand ihrer Angehörigen und Wohnungsgenossen alljährlich geprüft, wobei diese Prüfung auch durch Jahre nach dem Ableben der Leprösen fortgesetzt wird. Die Leprakranken werden teils im Serajevoer Landeskrankenhaus, teils in Nebenräumen ihrer Wohnungen abgesondert.

Kobler spricht sich entschieden für die Übertragung der Lepra vom Menschen auf den Menschen aus, hält aber die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, daſs hierbei Zwischenträger mitspielen, da manche Fälle sich anders nicht erklären lassen. Er gibt die Anregung, daſs die Rolle des Erdbodens in dieser Beziehung studiert werde und beruft sich hierbei auf eigene Erfahrungen sowie auf die Arbeiten von Ehlers, Cahnheim, Petrini und anderer Ärzte. Selbstverständlich wird hierbei das biologische Verhalten in erster Linie zu studieren sein.

Raynaud-Algier spricht hierauf über die **Lepra in Algier** seit der Konferenz von 1897 und **die Bekämpfung der Lepra.** Innerhalb von 26 Jahren sind 109 Fälle von Aussatz in Algerien beobachtet worden. Davon sind 39 eingeborene Muselmänner oder Juden und 70 aus Europa Eingewanderte, unter letzteren wiederum 62 Spanier, fast ausschlieſslich den Provinzen Alikante und Valenzia entstammend. Im arabischen Teil des Landes ist die Lepra selten. Die Kranken sind auf ein ungeheures Gebiet verstreut ohne Neigung zur Bildung von Krankheitsherden. Hier sind also strengere Maſsnahmen wohl entbehrlich. Dagegen bildet die eingeschleppte Lepra eine groſse Gefahr. Schon haben hier Ansteckungen einiger seit langen Jahren in Algier wohnender Spanier stattgefunden. Es heiſst also Maſsnahmen treffen, obwohl zuzugestehen ist, daſs die Lepra im allgemeinen weniger ansteckend in Algier in Erscheinung tritt als in den Tropen sonst. Raynaud fordert Vereinheitlichung aller Erhebungen und Maſsnahmen, welche Lepra und Lepröse betreffen, ärztliche Überwachung und häufige Desinfektionen. Ferner Verbot der Landung auswärtiger Leprakranker und Wiederheimsendung derjenigen Kranken, welche der Beaufsichtigung und staatlichen Prüfung sich entzogen haben oder ihr entgangen sind, bezw. den ihnen angewiesenen Wohnsitz nicht angenommen haben. Ferner sollten die Kranken mit offenen Wunden in Krankenhäusern untergebracht werden, und zwar auf Staatskosten, auch unentgeltlich Heilmittel erhalten. Nach dem Verlassen der Krankenhäuser müſsten die Leidenden öftere, unentgeltliche ärztliche Beratungen erhalten. Gewisse Gewerbe, wie Handeln mit Eſswaren, sind für Lepröse zu verbieten.

Dr. van Campenhout-Brüssel berichtete über **die Lepra am Kongo.** Die Krankheit besteht überall, aber wenig häufig, auſser in gewissen Bezirken, wo es Herde von gröſserer Ausdehnung gibt. Die Eingeborenen sind im allgemeinen der Absonderung abgeneigt, auſser wenn sie direkt an offenen Wunden leiden. Diejenigen Lepra-

kranken, welche mit Europäern in Verbindung stehen, werden am Sitze des Arztes abgesondert gehalten, wenn tunlich in Heimen auf Flüssen. Alle Erhebungen sind vorläufig noch unvollständig. Sie werden dem belgischen Zentral-Lepraausschufs unterbreitet, welcher 1909 im Januar gegründet worden ist und aus den Herren Dr. Du Bois-Havenith und Professoren Firket, van Campenhout und Jacqué besteht.

Kitasato-Tokio hielt hierauf seinen Bericht über **die Lepra in Japan.** Schon 551 vor Christi Geburt war die Lepra in China bekannt. In Japan geht sie auf das Jahr 700 nach Christus zurück. Damals war sie schon stark verbreitet. Die genaue Zeit des ersten Auftretens ist nicht bekannt. Im Jahre 1906 sollen im Kaiserreich Japan 23815 Lepröse vorhanden gewesen sein, das wären 5 Leprakranke auf 10000. Diese Durchschnittszahl von 5 auf 10000 Einwohner entspricht, genauer gesagt, einer Zahl von 2,4 auf der Insel Yeso, von 4,3 auf der Hauptinsel, von 6,1 in Shiksku, von 11,9 in Kiushiu und von 15,4 in Liukiu. Die Sterblichkeit der Leprakranken betrug 1890 im ganzen 2106 Personen, im Jahre 1906 1979 Personen. Die Jahre dazwischen schwanken zwischen 2316 und 2021. Im Durchschnitt starben etwas über doppelt soviel lepröse Männer wie lepröse Frauen. 1899 entfielen in Japan auf rund 934000 Todesfälle 0,23% auf Lepra, 1900 0,22%, 1906 0,21%. Bei der Aushebung zum Militärdienst fanden sich

	Leprakranke	Auf 10000 Militärpflichtige	Auf 10000 zum Militärdienst Untaugliche
1903	422	12,9	208,3
1904	479	12,4	223,1
1905	526	13,7	235,0
1906	436	11,6	171,3
1907	430	11,2	212,5

In Japan besteht ein Schwefelbad Kusatsu, welches viel von Leprösen besucht wird und als heilkräftig gilt. Es wohnen augenblicklich daselbst 46 Familien mit 192 Köpfen, davon sind nur 2 Familien mit 14 Personen gesund. Von den restierenden 44 Familien mit 178 Hausgenossen sind 175 leprakrank. Neben diesen Einwohnern des Ortes reisen jährlich 100—300 Lepröse zum Kurgebrauch zu. Kitasato gibt hierüber folgende Tabelle:

	Anzahl der Ehepaare	Anzahl der Familien	Anzahl der Kinder	Anzahl der leprösen Kinder	Prozentsatz der Kranken
Mann leprös, Frau gesund...	3	6	10	1	10.0
Mann leprös, Frau unbekannt	2	2	2	2	100,0
Mann gesund, Frau leprös...	—	—	—	—	—
Mann unbekannt, Frau leprös	2	2	4	3	75,0
Beide leprös	5	10	12	10	83,3
Summe....	12	20	28	16	57,1

In zwei Familien, die seit Geschlechtern in dem Orte Kusatsu wohnen und laufend mit den vielen Leprakranken in Berührung kommen, ist bisher noch kein Fall von Lepra vorgekommen. Die Lepra mufs also innerhalb der Häuslichkeit übertragen und nur durch langen, engsten Verkehr erworben werden. Des weiteren gibt Kitasato

die Verhältnisse eines Ortes Yamanashi-Ken, der weit entfernt vom Meere liegt, an, wo man bisher 463 Familien mit 521 Leprösen beobachtet hat. Von diesen 463 Familien mit 2573 Personen haben 418 je einen Leprösen, 36 je 2, 7 je 3 Lepröse, eine Familie weist 4, eine weist 5 Leprakranke auf. Von den 521 Leprakranken waren 235 verheiratet. 213 Ehepaare hatten Kinder. Faßt man die Ergebnisse zusammen, so sieht man, daß die Durchschnittszahl der Kinder in den Ehen $2^1/_2$ ist, sobald ein Elter leprös ist. Die Zahl der Kinder geht auf 1,7 zurück bei Lepra beider Eltern.

Die Kinder, deren Mütter krank sind, werden häufiger leprös (9,3%) als die, deren Väter leprös sind (4,6%). Bei Lepra beider Eltern steigt die Ziffer auf 33,3%. Von 262 Leprösen Kitasatos hatten 117 gesunde Eltern. 2 von den 117 Leprösen haben kranke Geschwister, 4 haben lepröse Großväter oder Großmütter, 5 haben kranke Oheime und Tanten. In den übrigen 96 Fällen ist die Verwandtschaft leprafrei. Die Ansteckung der Lepra unter Geschwistern ist nicht zu groß. Die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit ist nach des Redners Erfahrungen unter Genossen des Hauses 2,7%, unter Gatten 3,8%, unter Geschwistern 4,2% und unter Eltern und Kindern 7,03%. Die Jahre der Reife scheinen das Hauptkontingent für die Lepra zu stellen.

Auf etwa 60 männliche Lepröse entfallen 40 weibliche. Das Vorkommen der Leprabazillen im Nasenschleim deutet folgende Tabelle an:

	Zahl der Untersuchten	Befund positiv	Prozentsatz
Lepra maculosa	75	32	42,6
Lepra tuberosa	10	8	80,0
Lepra mixta	36	29	80,5
Verdächtige Fälle	2	—	—
Summe........	123	69	56,0

Es kommt die Lepra in Japan am häufigsten vor als

	Lepra maculosa	Lepra nervorum	Lepra mixta
nach Kitasato (1894—1897)	43 Fälle	63 Fälle	102 Fälle
„ Dohi (1898—1900)....	70 „	325 „	26 „
„ Inouye (1907—1908)..	43 „	339 „	24 „

Kitasato untersuchte ferner in einer Reihe von Familien Lepröser den Nasenrachenraum der gesunden Familienangehörigen, welche 1—40 Jahre mit den Leprösen zusammen wohnten. Nur in drei Fällen fanden sich bei den Gesunden Leprabazillen. Wenigstens mußte man sie nach ihrem chemischen und biologischen Verhalten als solche ansprechen. Von diesen drei Personen waren zwei Ehefrauen von Leprösen, die 26 Jahre mit einem Nervenleprösen bezw. zehn Jahre mit dem leprösen Gatten lebten. Die dritte Person, eine Frau, lebte seit 25 Jahren als Pflegerin mit ihrer leprakranken Schwester zusammen. Diese Untersuchungen regen lebhaft zur Nachfolge an. Kitasato ist es weder gelungen, Leprabazillen rein zu züchten noch mit ihnen Tiere anzustecken. Einige Male versuchte er, junge Katzen durch subcutane oder intraperitoneale Impfung etwas empfänglich zu machen. Ferner impfte er einem Orang-Utan in die vordere Augenkammer die Anschwemmung eines zerriebenen Lepraknotens ein. Es trat hierauf eine Trübung, später auf der Iris Bildung von sieben gelblichweißen Knötchen auf; weitere Schlüsse behält sich der Forscher für eine

spätere Veröffentlichung vor. Er bestreitet übrigens, dafs es sich bei den bisher berichteten Bazillenzüchtungen um Leprabazillen gehandelt hat, ebenso bestreitet er die Richtigkeit der „gelungenen“ Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen. Bezüglich der Rattenlepra sagte er folgendes: Unter 5000 Ratten wurden in Tokio vier Lepraratten (drei Mus decumanus und ein Mus Alexandrinus) gefunden, in anderen Bezirken fand man unter 600 Ratten fünf bezw. unter 9000 Ratten auch fünf Lepraratten. Sie hatten teilweisen Haarausfall an Kopf und Lendengegend; in einem Fall sah K. ein bohnengrofses, scharfrandiges Geschwür. Die Achsel- und Leistendrüsen waren geschwollen. Die Bazillen fanden sich in den Drüsen und im subcutanen Bindegewebe, sonst nirgends. Sie gleichen absolut den Leprabazillen des Menschen, sind säurefest, entfärben sich aber meist etwas leichter in 3%igem Salzsäurespiritus. Sie liefsen sich noch nicht züchten. Impfungen sind noch nicht gelungen.

Ramón-Negra-Havannah berichtete hierauf über **die Lepra auf Kuba**. Der Kampf gegen die Lepra wird aufs beste ermöglicht durch das neue Gesetz, welches ein Gesundheitsministerium errichtet hat. Es soll der nächsten Tagung der gesetzgebenden Körperschaften ein Gesetzentwurf auf folgenden Grundlagen zur Genehmigung unterbreitet werden: Alle örtlichen Chefärzte haben ein Verzeichnis aller Leprafälle ihres Bereiches bei Vermeidung von Strafe einzureichen. Alle armen Leprakranken sind in Lepraheimen in Havannah und Santa Clara abzusondern. Jene Leprösen, welche nicht gezwungen sind, durch ihrer Hände Arbeit ihr Geld zu verdienen und alle Bürgschaften guten hygienischen Lebens bieten, werden in ihren Wohnungen abgesondert und unterliegen der Überwachung und Beaufsichtigung durch den Sanitätschef des betreffenden Ortes. Letztere haben monatliche Berichte dem Ministerium einzureichen. Ferner ist es fremden Leprösen verboten, in das Land einzuwandern.

Zur Verteilung gelangte ferner ein Regierungsbericht über die **Lepra in einigen britischen Kolonien.** Wir greifen die bedeutendsten heraus. In Cypern waren 1897 bei einer Bevölkerung von rund 200000 Personen 107 Fälle von Lepra bekannt, 1900 waren es 111 Fälle; im Jahre 1908 war die Zahl auf 98 zurückgegangen. Gibraltar mit 24000 Personen wies einen Fall auf, Malta mit rund 200000 Menschen im Jahre 1900 81, im Jahre 1903 67 Fälle, 1908 bei fast 213000 Einwohnern 66 Fälle. Die Goldküste mit etwa zwei Millionen Einwohnern bietet keine genaue Statistik der vorhandenen Leprösen. Neu in Beobachtung der Behörden kamen 1897 24 Fälle, 1898 und 1899 9 bezw. 6 Fälle, in den Jahren 1904—1908 16—15—19—27 und 20 Fälle. In Nordnigeria mit etwa sieben Millionen Bewohnern wurden in den Jahren 1904—1908 21—15—16—59 und 33 neue Leprafälle gesehen. Das gleiche etwa gilt für Südnigeria und die Zentralprovinz mit 37 bekannten Fällen. Im Basutoland mit etwa 400000 Einwohnern waren 1908 472 Fälle von Lepra bekannt, darunter 28 neue des Jahres 1908. In Ostafrika sind bei rund eine Million 769 Fälle bekannt, auf Barbados bei rund 200000 Einwohnern 121 Fälle (1908); in Britisch Guyana bei 304000 Bewohnern 403, auf Jamaika im Jahre 1908 105 Fälle, auf Trinidad bei 336000 Einwohnern 1907—1908 267 Fälle, auf Mauritius bei 375000 Bewohnern 129 Fälle und auf Straits Settlements bei 628000 Bewohnern 595 Fälle. In Ceylon wurden 1906—1908 111 bezw. 91 und 119 neue Fälle beobachtet.

Über **„die Geographie der Lepra“** unterbreiteten Ehlers-Kopenhagen und Felix Verdier-Paris der Konferenz einen umfassenden Bericht, der wie die Verfasser mit Recht glauben aussprechen zu dürfen, für die Bergener Verhandlungen eine Art Unterlage bilden kann. Europa. Frankreich: Für Paris schätzt Jeanselme die Zahl der Leprakranken auf 160—200. Alle sind in den Tropen angesteckt worden und bilden nun eine Gefahr für die Allgemeinheit. 1897 forderte schon Hallopeau eine kräftige Abwehr, ohne dafs bisher etwas geschehen wäre. Im Gegenteil werden

die Leprösen noch heute im Hospital St. Louis bunt durcheinander mit anderen Hautkranken untergebracht. Für Bordeaux und die Gironde zählte PITRES 1902 acht Fälle von Einschleppung der Lepra, welche von 1883—1902 zur Beobachtung gekommen waren. Andere Ärzte haben aufserdem noch Fälle gesehen, so allein DUBREUILH sechs. Alles zusammengenommen wurden in weniger denn 20 Jahren 30 Leprafälle in Bordeaux festgestellt. In Marseille waren 1898 elf Fälle beobachtet worden. In einzelnen Orten der Provinz sind von ZAMBACO-PASCHA und HALLOPEAU-ROY Lepraherde beschrieben worden; im letzten Falle waren es etwa 15 Fälle. CHAULEMESSE-ULBRICH und BOINET-EHLERS haben einen Herd in den Seealpen gefunden. BALESTRE hat im Bezirk Nizza und PUGET-THÉMIERS 1894—1895 21 Fälle nachgewiesen und BOINET-EHLERS in Nizza selbst sieben Fälle gefunden. Im ganzen dürften die Seealpen etwa 60 Fälle von Lepra haben. Die Schweiz hat auch einen endogenen Herd neben den Fällen, die der Verkehr hereinbringt. Dieser Herd liegt im Dorfe Guttet, wo JADASSOHN und BAYARD sechs Lepröse gefunden haben. Von den übrigen Fällen von in den Tropen erworbener Lepra wurden etwa ein Dutzend in den Jahren 1878—1908 nach den Sanitätsberichten festgestellt. JADASSOHN sah 1896—1906 in der Berner Hautklinik neun Fälle. In Belgien werden ab und zu aus dem Kongostaat eingeschleppte Leprafälle gesehen. Die Verhältnisse des Kongogebietes sind schon weiter vorn geschildert worden. Dänemark selbst hat keine Leprösen. Auf Island geht die Zahl der Leprösen zurück seit Einführung des Absonderungsgesetzes im Februar 1898. 1897 wurde in Reykjavik ein Lepraheim von 70 Betten eröffnet. EHLERS stellte auf seinen isländischen Reisen 158 Kranke fest. Es hat aber damals mehr als 200 in Wirklichkeit gegeben. 1906 ist diese Zahl auf 114 zurückgegangen. In Finnland zählte man nach SALTZMANN 1897 67 Lepröse (42 Männer, 25 Frauen) bei 2½ Million Einwohner. England: Die Gröfse der Kolonien hat zur Folge, dafs immer einmal Leprafälle im Lande zur Beobachtung kommen, obwohl keine indigene Lepra mehr besteht. 1900 stellte RADCLIFFE CROCKER eine Liste zusammen, nach der etwa 100 Leprafälle eingeschleppter Form von englischen Ärzten behandelt oder gesehen wurden. Deutschland (siehe eigener Bericht weiter vorn). Österreich-Ungarn: Nur vereinzelte Fälle, wohl alle eingeschleppt. Die Verhältnisse in Bosnien und der Herzegovina hat KOBLER ausführlicher behandelt (siehe weiter oben). Rumänien: Es gibt nach PETRINI und KALINDERO 208 bekannte Lepröse im Lande. Montenegro: Hier sind nach LAZAREWITSCH etwa 100 Leprafälle bekannt geworden. Bulgarien hat nur neun Fälle, Serbien nur drei Fälle zur Beobachtung gebracht. Türkei: v. DÜRING-PASCHA hat in Konstantinopel allein 258 Lepröse beobachtet und schätzt ihre wahre Zahl auf 500—600. Eine anderweitige Statistik gibt es für das türkische Reich nicht. Griechenland: 1897 zählte ROSOLIMOS 99 Lepröse und MITAFTSIS 119. Letztere Beobachtung umfafst Thessalien nicht mit; hier kannte ROSOLIMOS drei Fälle, EHLERS fand 1897 auf der Halbinsel Pelion 15 Fälle. Kreta: Hat die Lepra endemisch seit langen Zeiten und weist vier Lepraheime auf. Trotzdem nimmt die Zahl der Leprösen nicht ab. Das kommt daher, weil die Absonderung keine strenge ist. Die Insassen müssen betteln gehen, um leben zu können und streifen durch das ganze Land. Aufserdem vermieten sie ihre Wohnungen an gesunde Personen, auch treiben sie mit der Bevölkerung Erwerbs- und Handelsgeschäfte. EHLERS und CAHNHEIM fanden 1900 378 Lepröse (210 Männer und 168 Weiber). Es mag aber wohl 600 Lepröse auf Kreta geben. Rufsland: VON PETERSEN veröffentlichte 1888 einen Bericht, nach dem es in 28 Regierungsbezirken des grofsen Reiches Lepra gibt. 1895 fand eine allgemeine Erhebung statt. In den baltischen Provinzen herrscht die Lepra besonders stark. 1899 zählte man bei 1300000 Seelen 833 Leprafälle. 1899 erschien eine Statistik von GREBENTSCHTSCHIKOW und VON PETERSEN, welche für ganz Rufsland 1669

Fälle von Lepra angab, doch bleibt diese Zahl hinter der Wirklichkeit wohl weit zurück. Nach der eben erwähnten Statistik gab es in Livland 520 Fälle (DEHIO allein zählt aber und kennt 823 Fälle). In Kurland lebten 186, in Astrachan 108, bei den Donkosaken 102 (nach GRÜNFELD 130, die er kannte), in Kubau 122, in der Krim 52, in Esthland 53, in Petersburg 42 Fälle. Italien: MANTEGAZZA fand in der Provinz Cagliari 43 Lepröse, 29 Lepröse waren kurz vorher gestorben. Nach MAZZA sollten in Sardinien etwa 20 Lepröse leben. PROFETA stellte von 1875—1881 146 Fälle von Lepra in vier oder sieben sizilianischen Provinzen fest. Alle diese Zahlen dürften hinter der Wirklichkeit zurückstehen, da wohl in so heifsen Gegenden die tuberöse Form weniger oft beobachtet wird und die makulo-anästhetische wohl der Feststellung teilweise entgangen sein dürfte. In Piemont beobachtete ALLGEYER 1898—1901 15 Fälle, für Ligurien PROFETA bis 1902 (in seiner Klinik zu Genua gesehen) neun Fälle. BERTARELLI - Mailand sah zwei eingeschleppte Leprafälle. Der Lepraherd von Comacchio zählt noch 17 lebende Personen. PELLIZARI fand auf Elba drei Fälle, DE AMICIS sah in seiner Neapeler Klinik 35 Fälle. Auch in anderen Landesteilen kamen noch vereinzelte Fälle vor. Eine einheitliche Statistik fehlt leider noch ganz. Spanien: Die Lepra macht Fortschritte, ohne dafs man Mafsregeln gegen sie ergriffe. Nur Malaga Granada und Sevilla mit 40 Kranken haben Leprakrankenhäuser. Im übrigen Land müssen die aus der Gesellschaft ausgestofsenen Leprösen in den Bergen ihr Leben fristen. Die Kenntnis der Krankheit ist unter den Ärzten nicht genug verbreitet. So kommen Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen vor. In Valenzia und Alikante herrscht die Seuche am meisten. ZUSIAGA gab hier die Zahl der Kranken 1897 auf 66 an. Die Zahl der Leprösen mufs jedoch in Spanien höher sein als man glaubt, wie schon aus dem Bericht für Algier des Dr. RAYNAUD hervorgeht, der die häufigen Ansteckungen durch spanische Juden erwähnt. Portugal: Nach FALCAO hat es neben der Türkei und Spanien am meisten von allen Ländern Europas unter der Lepra zu leiden. Es besteht zwar für die Krankheit eine Anzeigepflicht, aber sie steht nur auf dem Papier. So lebt der Lepröse mitten unter der gesunden Bevölkerung. Zwar gibt es in Lissabon und Coimbra Lazaruskrankenhäuser für Lepröse, aber sie zählen nur eine geringe Zahl von Leprakranken. Der Aufenthalt ist nämlich ein freiwilliger. Im Lissabonner Krankenhaus dürfen die Leprösen in die Stadt spazieren gehen. In allen portugiesischen Kolonien kommt die Lepra ebenfalls vor. — Asien. Asiatische Türkei: Nach VON DÜHRING - PASCHA hat das Land 1‰ Lepröse. Jerusalem, das Land hat drei Lepraheime. Die Ziffern der angegebenen Leprakranken sind schwankende. SANDERSKY zählt 600, EINSLER 400, ZAMBACO-PASCHA 800, die offizielle Statistik 200 Lepröse. Cypern wies nach HEIDENSTAMM 1905 112 und 1908 96 Lepröse auf. In Arabien sieht man an den grofsen Pilgerzentren vielfach solche Kranke. Die Araber kennen die Ansteckungsfähigkeit des Leidens und wollen weder mit solchen Patienten schlafen noch essen. Persien weist nach HIRSCH nur in einigen Berggegenden in der Provinz Kohistan sowie in der Rufsland benachbarten Provinz Assabeidschan Lepra auf. Englisch-Indien: 1891 wurde die Zahl der Leprösen auf 114239 angegeben, das will sagen, es komme ein Lepröser auf 2000 Einwohner des Landes. Das Promille-Verhältnis wechselt, es steigt in Ober-Birma bis auf 1,18 und geht in Mysore und Coory auf 0,16 zurück. Französisch-Indien: In Pondichéry nimmt die Lepra zu. Auf 174456 Einwohner entfallen im ganzen 300 Lepröse. 1906 am Beginn des Jahres wies das Lepraheim von Pondichéry 79 Insassen auf. Im Laufe des Jahres gingen 38 neue. Die Halbinsel Malakka hat zwei Lepraheime, eines davon in Pangkov-haut nur für Malaien bestimmt. Hier wurden 1905 27 Kranke behandelt. In dem zu Poulan Jerejak war 1906 die Zahl der Behandelten 496; dazu 10 Frauen in Idontong. Die Lepra ist hier zu Lande aber viel verbreiteter,

als nach diesen Zahlen anzunehmen ist. In Indochino sind nach JEANSELME 12 bis 15000 Lepröse vorhanden. KERMORGANT gab 1906 die Zahlen der Leprösen auf 10500 an, welche sich folgendermaßen verteilten: Tonkin 3000, Anam 2500, Cochinchina 3000, Kambodscha 1500, Laos 500. Siam: In siamesisch Laos gibt es nur wenig Lepra, dagegen viel in der Menamgegend. An der Mündung dieses Flusses, wo die Bevölkerung am dichtesten wohnt, ist die Seuche am verbreitesten. In Bangkok entfällt auf 500—600 Einwohner ein Leprakranker. Das gleiche gilt für Aynthia, Prapa, Thom und Petzion. In Tibet herrscht nach den Angaben von SARAT CHANDRA DAS (1902) die Lepra. Man nennt sie daselbst Glud-nad (Schlangenleiden) oder Mje-nad. Man glaubt, daß die Krankheit von den Schlangen herrührt. Kaschmir weist nach NEVE (1902) bei einer Million Einwohnern 300 Leprafälle auf. Zu betonen ist, daß in dem größten Lepraheim der ganzen Welt, in Matounga bei Bombay in Indien viele Kranke aus dem Hindukusch, Nordwest-Afganistan und dem Pamir-Hochebene kommen. Niederländisch-Indien: Die Lepra gilt als eine Schande. Man verlangt von den Leprösen, daß sie sich verbergen oder entfernen; wirft aber Lepra und Elephantiasis und Syphilis vielfach zusammen. Auf Java waren 1897 ungefähr 5000 Fälle von Lepra bekannt, 1902 gab es bei 28 Millionen Einwohnern 4443 offizielle Fälle. Doch gibt es deren sicher viel mehr. Ein Lepraheim hat der Staat in Pelantoengan. Für Borneo gab RÖMER 1906 62 offiziell bekannte Fälle an. Auf den Sundainseln zählte man auf Bali 98, auf Lombok 296 Lepröse. Die Insel Sumatra zeigt zahlreiche Lepröse unter den chinesischen Kulis der Küstengegenden. Die 1902 bekannten 558 Fälle entfallen fast ausschließlich auf dieses Gebiet. Auf die Ostküste kommen davon 339 und davon wieder mindestens 217 auf Medan. Die große Leproserie daselbst birgt 100. Man nimmt an, daß wenigstens 1500 in der Nähe von Medan ungekannt leben. Die Philippinen weisen nach der offiziellen Zählung von 1902 3288 Lepröse auf. Japan ist weiter oben in dem Berichte KILASATOS ausführlich geschildert worden. China weist eine nur mangelhafte Statistik auf. Die Lepra ist auf alle Provinzen des Reiches, aber sehr ungleich verteilt. Am meisten verbreitet ist sie in Kwantung, auf Formosa, in Südyünnan, im Süden der Provinz Fukien und am unteren Yangtsekiang. In Honkong ist ein großer Herd. Hier gibt es ein Lepraheim, in Amog zwei große Anstalten, in Peking eine. Kanton birgt etwa 1000 Lepröse. Auch im übrigen Reiche gibt es eine Anzahl Leprakrankenhäuser. — Afrika. In Marokko ist die Lepra bekannt. Es gibt mehrere Lepraheime im Lande. Das bekannteste ist das in Hara bei Marrakesch. Die Kranken leben daselbst ohne Behandlung, nur von Almosen. Unerkannte Leprafälle findet man vielfach im Lande. Bei Mazagran gab es ein Dorf von 200 Leprakranken. Eines schönen Tages ließ es der Sultan zerstören und viele der Bewohner flüchteten sich nach der Leproserie von Hara, welche wohl 200—300 Insassen zählt. Sie tragen eine besondere Tracht und dürfen die Stadt selbst nicht betreten. An anderen Orten müssen die Kranken eine Schelle tragen, um ihre Anwesenheit oder ihr Kommen den Gesunden kund zu tun. Algier ist schon weiter oben behandelt worden. In Tunis, wo man seit zehn Jahren 64 Lepröse aufgespürt hat, wird besonders die Nähe von Malta gefürchtet, das als endemischer Lepraherd gilt. Ägypten: ENGEL BEY stellte 1883 im Lande 2204 Lepröse fest; doch nimmt er in Wirklichkeit weit über 3000 an. Abessinien: Die Lepra ist im Lande häufig. Allein die Hauptstadt Addis Abeba zählt unter 50000 Bewohnern etwa 1000 Leprakranke. Zanzibar: 200 Lepröse bei 150—250000 Bewohnern. Es besteht seit einigen Jahren ein Lepraheim mit etwa 50 Insassen. Im englischen Sudan sind alle Gegenden mit Lepra infiziert, besonders der Teil am nördlichen Niger. TONKIN sah auf seinen Reisen von 1903—1905 220 Fälle (125 Männer, 95 Frauen). Im französischen Sudan sind die Verhältnisse nicht besser. Das-

selbe gilt von der Kolonie Senegal. Deutsch-Ostafrika: Die Lepra, oukoma oder matana genannt, ist verbreitet. Es gibt zwei Lepraheime, eins in Bagamoyo und eines auf der Insel Olero bei Kilwa. Mozambique hat Lepra und auch ein Lepraheim für 20 Männer und 10 Frauen in Elephantes, daneben noch eine Leprakolonie in Infusse. Madagaskar zählt viele Lepröse. Nach dem Gesetz sind ihnen bestimmte Wohngebiete angewiesen. Die Rasse der Howas ist an der Lepraverbreitung gering beteiligt. Auf der „grofsen Insel“ sind über 3000 Lepröse abgesondert untergebracht. In der Provinz Tananarive gibt es zwei Leproserien mit zusammen 1010 Betten. In der Provinz Itasy zählt die Leproserie 311 Insassen. In der Provinz Vakinankaratra gab es Ende 1906 809 internierte Lepröse. In dem Lepraspital der Provinz Ambositra zählte man zur gleichen Zeit 79 Kranke; in dem der Provinz Fianarantsoa sind 440 Betten für Lepröse vorhanden, doch baut eine katholische Mission jetzt ein neues Heim für 200 Kranke. Die Zahl der in dieser Provinz Internierten betrag 1906 343. Die Provinz Tamatave hat ein Lepraheim, das Ende 1906 103 Kranke aufwies. Die Provinz Analalava weist 80 Kranke auf, die Provinz Tulear etwa 20. In der Provinz Tarafangana werden durchschnittlich 370 Kranke abgesondert gehalten. Englisch-Südafrika zeigt folgendes Verhältnis: Es gab 1897 nach Impey in der Kapkolonie 812, in Grikaland 650, im Basutoland 250, im Betschuanaland 10, in Natal 200, im Orangestaat 150 und in Transvaal 105 Lepröse, die bekannt waren. Das sind im ganzen 2177 Fälle. Kamerun: 1897 leugnete man noch das Bestehen von Lepra. 1902 veröffentlichte Ziemann einige Fälle. Unter 7000 Eingeborenen, die zur Impfung kamen, waren 142 Lepröse. Die anästhetische Form überwiegt. Für die Elfenbeinküste, Senegal, französisches Kongogebiet, Dahomey usw. gilt ähnliches. — Amerika. Vereinigte Staaten von Nordamerika. 1902 erschien ein amtlicher Bericht des Marinehospitals, der 278 Lepröse angab. 145 davon waren im Lande geboren. Unter den Völkern, die Lepra einschleppten, überwogen mit 22 die Norweger; ihnen folgten mit 20 die Chinesen. Armauer Hansen hat selbst festgestellt, dafs seit 1856 287 Lepröse Norwegen verlassen haben, wovon 170 nach den Vereinigten Staaten gegangen sind. Aber nur bei einigen 30 unter ihnen war die Lepra bei ihrer Abreise aus Norwegen schon offenbar. Im Jahre 1900 stellte Bracken eine genauere Statistik auf. 14 Staaten und 3 Provinzen bestätigten damals das Vorkommen von Lepra innerhalb ihrer Grenzen. Bracken glaubt, dafs es allein 160 skandinavische Lepröse im ganzen Lande gibt. Nach James Nevins Hyde (1894) gab es 323 Lepröse, nach Morrow (1899) 523. Kanada: Neubraunschweig hatte früh Lepröse, die aus der Normandie stammten. Das Lepraheim von Tracadie zählt 20 Insassen. Grönland ist leprafrei, obwohl die Eskimos sehr viel Fischnahrung geniefsen. Mexiko: Der Staat hat viel Lepra, besonders im Staate Sinaloa, im Bezirk von Dourango und in den Staaten Guanajonto, Jalisko und Guerrero. In Merida, der Hauptstadt von Yukatan fand Espada 1902 87 Lepröse unter 45000 Einwohnern. Die früher spanischen Antillen weisen viel Lepra auf. Kuba ist schon weiter oben geschildert worden. Im Lazarusspital zu Havannah wurden von 1830—1900 1196 Lepröse gezählt. Nach Robelin waren 1903 auf Kuba 1297 Lepröse. Porto-Rico hat auf der Insel Cabras eine Leproserie für 17 Personen. Jamaika: Bowerbank zählte 1861 bezw. 1871 778 bezw. 749 Lepröse. Die Zahl von 800 hat nach Neish und Tonkin in den letzten 40 Jahren bis auf 300 abgenommen. Die dänischen Antillen hatten nach Ehlers 1903 126 Leprafälle, Martinique und Guadeloupe; Diese wie die meisten dieser Inselgruppen haben eigene Leproserien. Kolumbien: Die letzte amtliche Statistik ergab im ganzen 4152 Leprakranke. Holländisch-Guyana (Sulinam): Bwes van Dort schätzt die Zahl der Leprösen auf 2000, der Chefarzt der Armee Dr. Peters nimmt nur die Zahl von 500 an. Englisch-

Guyana: 1831 gab es etwa 5000 Lepröse. Allein in Essequibo zählte man 431 lepröse Negersklaven. Französisch-Guyana: Nach CLARAE kommen auf 1000 Einwohner 11 Lepröse. Brasilien zeigt eine starke Abnahme. Nach LUTZ übertrifft aber die Zahl der Kranken die angegebene Gesamtzahl von 5000 um die gleiche Summe. In Uruguay zählte CANABAL 1897 27 Lepröse. In Argentinien schätzen einige Ärzte die Zahl der Leprösen auf 12000. RONDA SMIT nimmt dagegen nur die Zahl 1000 an. Nach BALDOMEW SOMMER leben die meisten Leprösen in Corricutes, Entre-Rios, Cordoba und Buenos Ayres. — Australien. Neusüdwales: Nach ASHBURTON THOMPSON traten in die dortige Leproserie von 1883—1907 114 Personen ein. Am 1. Januar 1907 waren 20 Personen im Hause. Queensland: In der Leproserie von Peel (auf einer Insel gelegen) lebten im Mai 1908 68 Kranke, davon 14 Weiſse und 54 Farbige. Neuseeland und Südaustralien haben nur wenige Fälle. Marschallinseln, Samoa, Karolinen und Deutsch-Neu Guinea haben nur vereinzelte Leprafälle. Auf den Sandwichinseln gibt es viel Lepra. Seit 1865 gibt es dort einen gesetzlichen Zwang zur Isolierung. Seit letztere strenger gehandhabt wurde, wuchs die Zahl der in die Leproserie Kommenden, um jetzt wieder abzunehmen. In Molokai besteht eine Leproserie. Molokai zählt 1237 Köpfe, davon sind 1037 Lepröse. Neukaledonien: 30. Juni 1902 40 Leproserien mit 676 Leprösen.

G. ARMAUER HANSEN und H. O. LIE-Bergen berichten über **die Geschichte der Lepra in Norwegen.** Aus dieser Abhandlung sei nur einiges wiederholt. Schon im elften Jahrhundert muſs die Lepra im Lande von sozial einschneidender Wirkung gewesen sein. Das Gulathingsgesetz und das Borgarthingsgesetz besagen, daſs Aussätzige vom Kriegsdienst frei sein sollen. Und die Gesetze gehen auf Haakon den Guten (935—961) und Olaf den Heiligen (1015—1030) zurück. Der Wahrscheinlichkeit nach ist die Lepra vor dem Jahre 1000 nach Norwegen eingeschleppt worden, vielleicht von Irland aus durch die Züge der Wikinger. König Haakon Haakonsen der Alte und sein Sohn Magnus Lagaböter gründeten im 13. Jahrhundert in Bergen zwei Krankenhäuser, das Allerheiligenhospital und das St. Katharinahospital. Eines davon ist zweifellos ein Leprahospital gewesen. Um 1400 herum wurde dann das noch jetzt bestehende St. Jörgensspital gegründet, das bis 1545 ein Aussatzkrankenhaus gewesen ist. Die Aussätzigen jener Zeit werden hauptsächlich aus Bergen gestammt haben. Auch in anderen Teilen Norwegens entstanden Leprahäuser, von denen aber einzelne bald wieder eingezogen wurden. Es muſs also eine Ausbreitung und dann wieder eine Abnahme der Lepra zu beobachten gewesen sein. 1668 fand dann eine Zusammenkunft von Geistlichen in Bergen statt, weil die Lepra wieder stark zunahm, wurden doch um 1670 allein aus dem kleinen Kreis Nordfjord in wenigen Jahren 60 Aussätzige ins Hospital geschickt, wobei immer noch 50 Lepröse in der Heimat blieben. Über die Verhältnisse des Aussatzes seit 1550 in Nordnorwegen gibt am besten die Geschichte des Hospitals in Trondhjem Aufschluſs. Vor 1592 ist von der Aufnahme von Aussätzigen nichts gesagt. Zuerst 1830 fand das Zunehmen der Lepra in Norwegen allgemeines Interesse beim Volk und bei den Behörden. Als erster Kämpfer gegen die Seuche ist da der Brigadearzt JENS JOHAN HJORTS zu nennen. Er wies nach, daſs die vielfach mit der Lepra zusammengeworfene Krankheit Radesyge nur eine Spätform der Syphilis war. 1836 zählten die Geistlichen in Norwegen 650 Lepröse. 1839 begann DANIELSSEN seine Untersuchungen. Mit ihm gemeinsam arbeitete C. W. BOECK. Er bereiste England, Frankreich, Griechenland, Italien und Deutschland, um die Krankheit und ihre Bekämpfung zu studieren. 1849 wurde auf sein und DANIELSSENS Betreiben das Lungegårdshospital errichtet. Ihr Werk „Om Spedalskhed" wurde für die Lepraforschung grundlegend. Es erschien 1847. Der Aussatz war nach diesen Forschern eine erbliche Blutentmischung. 1854

stellte Norwegen einen eigenen Oberarzt für den Aussatz an, dem 1858 ein zweiter folgte. 1856 erfolgte die erste gründliche Zählung durch die Distriktsärzte. Sie ergab 2079 Leпröse. Es hat aber damals in Wirklichkeit mindestens 2833 Leprakranke in Norwegen gegeben. Es waren also fast 2 ‰ der Bevölkerung aussätzig. 1857 setzte die Lepragesetzgebung ein. Es wurden Gesundheitskommissionen gebildet. 1857 wurde die Pflegeanstalt für Aussätzige Nr. 1 (Pleiestiftelsen for spedalske) in Bergen errichtet. Dazu kamen die neuen Anstalten in Molde und Trondhjem. So konnte die Behörde ungefähr 850 Leprakranke in Absonderung unterbringen. Bidenkap stellte 1857 bis 1859 neue Untersuchungen über die Lepra an. Er modifizierte die Lehre von der Erblichkeit etwas. Während Danielssen und Boeck stets einen leprösen Vorfahren annahmen, wenn in einer Familie bei Gesundheit der Eltern oder Grofseltern ein Leprafall vorkam, glaubte Bidenkap, ein Individuum keine durch die Lebensverhältnisse eine Veränderung seines Körpers erwerben, die vererbt werden und sich als Lepra erweisen könne. 1868 begannen Armauer Hansens Versuche und Untersuchungen. Er fand die „braunen Körper", Gebilde, die sich später als Bazillenhaufen herausstellten, die Neisser Globi genannt hat. So kam Hansen zu der Lehre, dafs die Lepra eine chronische Infektionskrankheit ist, die gar nicht erblich sei. Nun erschienen 1877 das Gesetz über die Versorgung armer Lepröser und 1885 über die Isolierung der Leprösen. 1895 wurde das Lungegårdshospital als Leprakrankenhaus aufgelöst, ebenso die Anstalt bei Molde. Ihre 50 Leprösen kamen zum Teil nach Bergen in die Pleiestiftelsen Nr. 1, zum Teil in das Trondhjemer Lepraheim. Das Lungegårdshospital wurde an die Stadt Bergen verkauft, die Reknersche Anstalt bei Molde in das erste norwegische Volkssanatorium für Schwindsüchtige umgewandelt. Auch das St. Jörgensspital machte bald dieselbe Wandlung durch. Die Lepra nimmt eben ständig ab. Während es 1856 in Norwegen 2833 Lepröse gab, ging ihre Zahl 1866 auf 2674, 1875 auf 2058, 1886 auf 1317, 1896 auf 725 und 1906 auf 445 zurück. 1908 gab es nur noch 438 Leprakranke im ganzen Königreich.

Über die Lepra in Schweden berichtet E. Sederholm-Stockholm. Die Verteilung der Lepra im Lande geht deutlich aus der folgenden Tabelle hervor. Die Fälle sind nach der klinischen Form getrennt. Die sogenannte gemischte Form wird in der Tafel gemeinsam mit der tuberösen Form aufgeführt.

Wohnort	Zu Hause behandelt		Insassen von Lepraheimen		Insgesamt
	Tuberöse Form	Maculo-anästhetische Form	Tuberöse Form	Maculo-anästhetische Form	
Stadt Stockholm	—	—	1	1	2
Uppland	1	1	1	—	3
Småland	1	—	—	—	1
Gotland	—	—	1	1	2
Bohuslän	—	—	3	—	3
Vestergötland ..	—	1	—	1	2
Vermland	1	1	—	—	2
Summa	3	3	6	3	15

Wohnort	Zu Hause behandelt		Insassen von Lepraheimen		Insgesamt
	Tuberöse Form	Maculo-anästhetische Form	Tuberöse Form	Maculo-anästhetische Form	
Transport	3	3	6	3	15
Dalecarlin	4	13	3	6	26
Helsingland	4	11	14	10	39
Gestrikland	—	—	—	1	1
Medelpael	1	—	3	—	4
Angermanland .	1	—	—	1	2
Jemtland	—	—	—	2	2
	13	27	26	23	89
	40		49		

S. Bjarnhjedinsson - Reykjavik, Island, berichtet über **die Lepra auf Island.** Unter Verzicht auf den historischen Teil des Berichts seien nur die Zahlen angeführt, aus denen der Rückgang der Seuche auf der Insel hervorgeht. Ehlers hatte 1894/95 61 Männer und 44 Weiber, also 105 Kranke mit tuberöser Lepra und 30 Männer sowie 23 Frauen, also 53 Kranke mit maculo-anästhetischer Form gefunden, das waren insgesamt 158 Kranke. Der zweite Bericht von zweien des Jahres 1896 stellte jedoch insgesamt 226 Lepröse fest. Ende 1901 war deren Zahl auf 132 zurückgegangen. Ende 1902 zählte man 139, Ende 1903 136, 1904 123 Kranke. Von da sind die Ziffern ständig zurückgegangen. Ende 1907 waren nur noch 98 Lepröse vorhanden.

Fagerlund - Helsingfors gibt einen Bericht über **die Lepra in Finnland.** Aus ihm geht hervor, dafs in diesem Lande die Lepra ständig zugenommen hat. Im Juli 1893 zählte man 51 Lepröse, Juli 1897 67 Lepröse, Juli 1904 95 Kranke, 31. Dezember 1905 92, Ende 1906 96, Ende 1907 89 und Ende 1908 87 Leprafälle.

Der zweite Verhandlungstag galt den Erörterungen über die Verbreitungsweise der Lepra, die Heredität, Ätiologie, Klinik und Diagnostik der Lepra.

Sand-Reitgjaerdet: **Geschichte der Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung.** (Erscheint unter den Originalarbeiten dieser Zeitschrift.)

von Düring - Dresden - Weifser Hirsch sprach über das Thema: **„Ist die Lepra hereditär?“** Er fafste seine Ansichten in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Lepra der Eltern kann eine angeborene Minderwertigkeit der Descendenz bedingen, die ihren Ausdruck findet
   a) in grofser Mortalität der Früchte lepröser Eltern,
   b) in einer Disposition zu anderweitigen Erkrankungen verminderter Widerstandsfähigkeit gegen Infektion, z. B. Tuberkulose. Eine spezifische Disposition der Descendenz Lepröser für Lepra ist nach unseren biologischen Kenntnissen wohl bestimmt auszuschliefsen, übrigens auch klinisch in keiner Weise wahrscheinlich.
2. „Atavistische Heredität“ einer Infektionskrankheit, also auch der Lepra, ist biologisch ein Unsinn.

3. Das Vorkommen spezieller, auf Lepra zu beziehender, degenerativer Veränderungen, Entwicklungsstörungen, die von einigen Autoren behauptet und als Paraleprose bezeichnet sind, ist klinisch einwandfrei nicht bewiesen und unwahrscheinlich.

4. Das Vorkommen intrauteriner, kongenital übertragener Lepra ist theoretisch möglich, vielleicht wahrscheinlich, klinisch einwandfrei nicht bewiesen.

5. Alle bei der Descendenz Lepröser beobachteten Fälle von Lepra lassen sich ungezwungen und viel leichter als durch „Vererbung", durch spätere extrauterin erfolgte Kontagion erklären.

6. Alle auf breiterer Basis gemachten Untersuchungen bei der Descendenz Lepröser weisen darauf hin, daſs das Vorkommen der Lepra bei diesen Nachkommen ein verhältnismäſsig seltenes ist. Würde die Lepra, wie ZAMBACO will, wesentlich durch Vererbung verbreitet, so müſste ipso facto die Lepra in kürzester Zeit erlöschen.

Professor STICKER-Bonn: **„Fragen nach der Ätiologie der Lepra."** (Erscheint unter den Originalarbeiten dieser Zeitschrift.)

EHLERS-Kopenhagen legte einen Bericht vor über **„Die Übertragbarkeit der Lepra durch blutsaugende Insekten** (Bettparasiten)."

EHLERS-Kopenhagen hat mit einigen Gelehrten eine Forschungsreise nach den Antillen zum Studium der Übertragung der Lepra durch blutsaugende Insekten unternommen und zur Lösung anderer Fragen. Die Hauptaufgabe der wissenschaftlichen Exkursion war die, die mögliche Rolle zu untersuchen, welche gewisse blutsaugende Arthropoden (Wanzen, Flöhe, Kopfläuse, Moskitos, Argas) spielen und zu erforschen, ob durch diese Tiere die Ansteckung vermittelt werden kann. GOODHUE-Sandwichinseln hatte geradezu behauptet, Leprabazillen bei Wanzen und Moskitos gefunden zu haben, obwohl bedauerlicherweise seine ganze Veröffentlichung in dieser auſserordentlich wichtigen Angelegenheit nur aus einigen zwanzig Zeilen besteht. Die Erfahrungen von EHLERS und Genossen geben den Angaben des obengenannten Gelehrten nicht recht. Das Verfahren bestand darin, daſs man die Leprösen von solchen Tieren stechen lieſs, die Tiere dann in Paraffin bettete und nunmehr mikrotomierte und untersuchte. Nur von Zeit zu Zeit wurden bei einzelnen Insekten isolierte Bazillen und einige Bazillenhaufen gefunden, und zwar stets bald nach dem Stich. Die von den Insekten aufgesaugte Flüssigkeit ist beinahe reines Blut. Anders verhält es sich, wenn man ein Leprom mit der Nadel ansticht. Das hier austretende Blut ist stark mit Bazillen durchsetzt, dies kommt aber daher, daſs der Stich tief geht, auch Lymphräume eröffnet und daſs beim Auspressen der Flüssigkeit aus dem Stichkanal auch der Druck aufs Gewebe noch besonders viel Bazillen in die Flüssigkeit hineindrängt. Beim Eindringen des Saugrüssels des Insektes in ein Leprom wird dagegen keinerlei Druck ausgeübt. Selbst wenn man aber die Insekten direkt auf solche Stellen setzte, wo eben durch einen Nadelstich eine bazillenreiche Absonderung zu erzielen gewesen ist, so saugten die Tiere doch wiederum bloſs fast reines Blut. Bei der Pest ist es ja von MÜHLING nachgewiesen, daſs Wanzen, welche pestkranke Mäuse gebissen haben, diese Krankheit auf andere Tiere übertragen können. Es ist wohl anzunehmen, daſs, wenn bei frischen Schüben und Ausbrüchen des chronischen Leidens das Blut tatsächlich viel Bazillen führt oder der Kranke kurz vor dem Tode sich befindet, die Insekten auch Bazillen zu übertragen vermögen. Kranke dieser beiden Arten standen aber EHLERS auf Ste. Croix nicht zur Verfügung. Es wurde von EHLERS eine neue Methode angegeben, auf Bazillen zu fahnden. — In Fällen, wo der einfache Nadelstich negatives Ergebnis zeitigte, fand man in allen Fällen von Lepra tuberosa oder mixta auſserordentliche Massen von Leprabazillen, wenn man eine PASTEURsche Saugpipette tief in den Knoten hineinstieſs und dann den Gewebssaft einzog. Die WASSERMANNsche Reaktion fanden EHLERS und Genossen bei 50 tuberösen Kranken. Bei Lepra

anaesthetica fällt die Probe meist negativ aus. Um zu sehen, ob die von STEPHANSKY Odessa, DEAN-London und MARCHOUX-Paris beobachtete Rattenlepra sich auch auf den dänischen Antillen findet, untersuchte man zuletzt auch 110 Ratten aus der nächsten Umgebung der Leproserie Richmond auf Ste. Croix. Der Erfolg war ein völlig negativer.

RAVOGLI - Cincinnati äufserte sich folgendermafsen über die **Verbreitungsweise der Lepra**: Es steht allgemein fest, dafs die Lepra sehr wenig ansteckend ist. Als bazilläre Krankheit wird sie aber auf irgendeinem noch dunklen Wege übertragen. Es ist höchst unwahrscheinlich, dafs die einfache Berührung der Kleider eines Leprakranken die Ursache der Übertragung sein könne. In einzelnen Fällen hält RAVOGLI Speisen und Getränke für die Ursachen der Ansteckung, sobald die Nahrung durch Handhabungen kranker, unsauberer Personen verunreinigt worden ist. Das Wasser kann verunreinigt werden durch Zutritt von Flüssigkeiten, als Fäkalwasser oder Wasser, in dem Wäsche Lepröser gewaschen worden ist. (RAVOGLI denkt also an eine Art Übertragung wie beim Typhus. D. Ref.) Die amerikanischen Soldaten auf den leprareichen Philippinen oder dem ebenfalls leprareichen Kuba bereiten sich ihre Speisen selbst und kommen, soweit Essen und Trinken in Frage kommen, mit den Eingeborenen, unter denen so viele leprös sind, nicht in nähere Berührung. Deshalb bleiben sie auch gesund. Ein von RAVOGLI beobachteter tuberös-lepröser Neger der Vereinigten Staaten hatte lange auf Kuba in der Armee gedient und war gesund geblieben. Als er das Heer verliefs und unter den Eingeborenen Kubas sein Leben weiterführte, erkrankte er bald an Lepra. Dies spricht für Ansteckung durch den Verdauungstrakt, ebenso wie es der Umstand tut, dafs wir die Primärläsion der Lepra ja noch nicht kennen. Sobald die ersten Symptome der Lepra in Erscheinung treten, ist auch schon der ganze Körper ergriffen. Der Eindruck eines toxischen Erythems ist da der vorherrschende. Die Aufnahme der Leprabazillen mit der Nahrung würde zu diesem Bilde ganz gut passen. Damit läfst sich ganz gut der Standpunkt vereinigen, dafs Absonderung der Leprösen von den Gesunden eine Hauptaufgabe der Leprabekämpfung sein mufs.

SIR JONATHAN HUTCHINSON-London trat noch einmal für seine F i s c h t h e o r i e ein. Seine Lehre kann aber wohl als allseitig verlassen gelten. Er liefs an alle Mitglieder der Konferenz sein 1906 erschienenes umfangreiches Buch „On leprosy and Fish-Eating" verteilen, welches seinen Standpunkt wiedergibt. Für solche, welche sich mit der Lepra eingehend beschäftigen, ist gleichwohl das Studium des Buches unerläfslich.

BIEHLER-Riga sprach über **klinische Beobachtungen**. Das Studium der Leprösen des Rigaischen Bezirkes lehrt den Irrtum der GLÜCKschen Lehre von der Ursprünglichkeit der Lepra tubero-anaesthetica. Die Rigaischen Kranken weisen klinisch zwei grundverschiedene Formen auf, die Lepra tuberosa und die Lepra nervorum, die im Verlauf der Krankheit sich gegenseitig ergänzen, jedoch gesellen sich zur Lepra tuberosa viel eher und öfter die Erscheinungen der Lepra nervorum, als es umgekehrt der Fall ist. Je gröfsere Flächen der Haut von Lepromen und Infiltraten eingenommen sind, desto später treten die der Lepra nervorum eigenen Erscheinungen hinzu und umgekehrt. Das gleiche haben die Röntgenuntersuchungen an den Knochen der Leprösen erwiesen, die andererseits das Vorhandensein krankhafter trophoneurotischer Knochenveränderungen sowohl bei Lepra tuberosa wie auch beim Anfangsstadium der Lepra maculo-anaesthetica aufwiesen, welche klinisch noch unsichtbar waren. Zum Schlufs gab BIEHLER eine Krankengeschichte. Ein Herr erkrankte 1902 mit Abtauben der Glieder und Kältegefühlen in ihnen. Bald gesellten sich dazu trophoneurotische Erscheinungen, wie Atrophien, Kontrakturen, Anästhesien und Paresen, die bis 1903 das einzige Bild der Krankheit darstellten. Weder eingangs noch sonst wurden Flecken auf der Haut bemerkt. 1903 Tränenflufs auf beiden Augen. 1904 zeigte sich

auf der Regenbogenhaut des rechten Auges eine Neubildung, die auf Jodipin-einspritzungen, unter die Haut gegeben, bald schwand. 1907 am rechten Auge ein isoliertes Leprom, am linken charakteristische lepröse Infiltrationen. Bazillen nur aus dem Leprom des Auges. Diagnose: Lepra nervorum trophoneurotica wurde 1907 nach der bakteriologischen Untersuchung des Augenleproms gestellt. Also haben wir es hier mit einem höchst seltenen Fall zu tun, der im Verlaufe von 15 Jahren differential-diagnostisch die gröfsten Schwierigkeiten bot und bei welchem nach 15jähriger Krankheitsdauer isolierte lepröse Wucherungen ausschliefslich an beiden Augen aufgetreten sind.

Zechmeister-Serajevo berichtete über **klinische Beobachtungen an Leprösen Bosniens und der Herzegowina.** Zweifellos besteht eine Disposition zur Erkrankung bei manchen Menschen. Sie wird gefördert durch schlechte Ernährung. Nötig zur Erkrankung ist längerer engster Verkehr mit Leprösen.

Moreira-Rio de Janeiro referierte über **Geisteskrankheiten bei Leprakranken.** Es gibt keine besondere Form von Geisteskrankheiten bei Leprakranken. Doch kann die Polyneuritis leprosa von dem Korsakoffschen Syndrom begleitet sein. Mit der Lepra zusammen auftretend hat man, obgleich nicht sehr häufig, beinahe alle Formen der Geistesstörung beobachtet. Die möglichen Komplikationen der Lepra (Tuberkulose, Streptokokkie, Atherosklerose u. a.) können das Erscheinen von Geistesstörungen bei Leprösen verursachen. Der gewöhnliche Geisteszustand der Leprakranken ist verschieden und hängt von der erblichen Belastung, von Alter, Erziehung sowie von den klinischen Formen des Leidens ab.

De Beurmann und Gougerot-Paris berichteten über **Geistesstörungen bei Lepra und Seelenzustände der Leprösen.** Der Geisteszustand der Leprösen des äufsersten Ostens ist sehr verschieden von dem der Europäer. Selbst wenn sie von Blindheit, Verstümmelungen befallen sind und sich in der schlimmsten allgemeinen Lage befinden, zeigen Hindus und Angehörige der gelben Rasse keinerlei seelische Depressionen. Diejenigen, welche Beurmann in den Heimen zu Kemmindine und Mandalay beobachten konnte, waren lustig und mit ihrem Schicksal zufrieden. Die Traurigkeit, moralische Schwäche und Entmutigung europäischer Lepröser, besonders dann, wenn sie gebildet sind und eine gewisse Erziehung genossen haben, müssen demnach ein sekundäres Symptom des Gemüts, das wohl in der den Kranken bekannten schlechten Prognose begründet liegt, sein. Es beruht also nicht auf der direkten Vergiftung des Zentralnervensystems. Das hindert natürlich nicht, den geistigen Zustand der Leprösen stets aufmerksam zu beobachten, denn es gibt ja auch lepröse Geistesstörungen. Veröffentlichte doch Beurmann mit Roubinowitsch 1906 den ersten Fall von Psychosis polyneurotica leprosa Korsakoff.

De Beurmann und Guy Laroche-Paris berichteten des weiteren über **Meningitis und Polyseritis leprosa.** Von der Meningitis leprosa haben beide den ersten Fall beschrieben. Dieses Leiden hat bei dem Kranken keine geistigen Störungen hervorgerufen. Das Leiden ist, wie alle Affektionen der serösen Häute, wenig studiert worden, weil das so häufige gleichzeitige Vorhandensein von tuberkulöser und lepröser Infektion eine Trennung der leprösen oder tuberkulösen Ursache einer Läsion schwer erkennen läfst. In dem Falle von Beurmann und Guy Laroche gestatteten das Fehlen von sonstiger Tuberkulose und von Tuberkelbazillen und die negative Meerschweinchenimpfung die Annahme der leprösen Natur der beobachteten chronischen bezw. subakuten Entzündungen, zumal das fibrinöse Exsudat zahlreiche Hansensche Bazillen aufwies.

Die gleichen Autoren berichteten schliefslich noch über **lepröse Leberschrumpfung.** Dieses Leiden ist bekannter als die lepröse Hirnhautentzündung, aber

gleichwohl ebenfalls nur wenig studiert. Einige derartige Beobachtungen sind schon veröffentlicht, von ihnen selbst zwei Fälle beobachtet worden. Es handelt sich dabei um hypertrophische Zirrhosen. Sodann berichteten noch De Beurmann, Gougerot und Guy Laroche über **nicht anästhetische Leprome** (fünf Lepröse des Hopital St. Louis wiesen keinerlei Anästhesien bei der überwiegenden Anzahl der Leprome auf) und De Beurmann und Gougerot über **lepröse Radialisparalysen**, wovon sie mehrere Fälle beobachtet haben.

Blaschko-Berlin spricht über die **Disposition zur Lepra** und glaubt nach seinen Beobachtungen und Statistiken, dafs auf etwa 40 Immune ein Disponierter entfällt. Die Disposition ist erblich.

Zeferino Falcao-Lissabon sprach über **lepröse Initialveränderungen**. Er hat schon 1892 dem Wiener Kongrefs das frühzeitige Auftreten von Nasenveränderungen bei der Lepra mitgeteilt. Seit jener Zeit hat er seine Untersuchungen auf die noch gesunden Söhne von Leprösen erstreckt. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen ist es ihm auch gelungen, vereinzelt diese Läsionen, welche bazillenhaltig sind, zu entdecken. Er berichtete in Bergen über zwei Fälle, bei denen er die Krankheit von ihrem Beginn an hat verfolgen können, bis sie sich im Körper ausbreitete. Im Nasenschleim hat Falcao den Bacillus nur einige Monate lang finden können. Schliefslich kamen welche in einer kleinen Schleimhautläsion vor — und die Generalisation folgte sogleich. Bei einem zweiten Fall, wo er ein kleines, bazillenhaltiges Geschwür auf der Schleimhaut der Nasenscheidewand fand, vermochte er durch Kauterisation und nachfolgende reichliche Desinfektion die Bazillen zum Verschwinden zu bringen. Falcao glaubt an das Bestehen einer infizierenden primitiven Läsion, wie sie ähnlich bei der Syphilis vorkommt. Als Sitz habe sie die Nasenschleimhaut, besonders jene der Scheidewand.

Brocq-Paris sprach über **„Diagnostik der Lepra“ — Untersuchung der Hauterscheinungen der Lepra durch methodisches Abkratzen.** Der Pariser Forscher hat damit eine Methode zum Studium der Hautkrankheiten angegeben, welche in mildem Kratzen der Oberfläche der Hautdecke mit einem stumpfkantigen Untersuchungslöffel besteht und differentialdiagnostische Aufschlüsse ermöglicht. Der Widerstand, den die Haut Lepröser diesem Abkratzen entgegenstellt, ist nach der Körpergegend und den Personen ein ganz verschiedener. An den Vorderarmen ist der Widerstand am gröfsten. Auf der Höhe der erythematös pigmentierten Flecken der Lepra erzeugt das Kratzen zuerst eine weifse, anämische Zone, der schnell eine rosige Färbung, später eine ausgesprochene Rotfärbung folgt. In der Mehrzahl der Fälle bildet sich auf den Flecken der Lepra eine traumatische Purpura zwischen dem 39. und 100. Löffelstrich. Diese Purpura ist zart. Sie wird zwei bis fünf Minuten nach dem Einstellen des Kratzens immer deutlicher. Die gesunde Haut setzt dem kratzenden Löffel mehr Widerstand entgegen als die Flecke der Lepra. Doch gibt es Fälle, die Ausnahmen darstellen. Bei Leprösen kann man psoriasisähnliche Erscheinungen beobachten, auf denen das methodische Kratzen zuerst den Anblick des Wachstropfens erzeugt und eine starke, trockene Abschuppung zeigt, um schliefslich Hautabschürfungen mit Serumabsonderung und Purpura zu hinterlassen. Das Kratzen zeigt auch, dafs fast stets auf den leprösen Tuberkeln ein gewisser Grad von trockener Abschuppung besteht. Der Widerstand der Oberhaut scheint auf der Höhe der Knoten vermindert zu sein. Hier löst sich die Epidermis leicht ab. Es entsteht Serumabsonderung, manchmal etwas Hämorrhagie und schliefslich immer Purpura. Wenn man aber vorsichtig kratzt, so kann man fast immer zunehmende Purpura auf der Höhe der Knötchen schon vor der Blofslegung des Corpus Malpighi erzielen. Diese Purpura tritt sehr schnell beim Kratzen roter, kongestiver, gefäfsreicher Knoten auf, weniger rasch bei Knoten von

gelblich-schmutziger Farbe und schlaffer Beschaffenheit und läßt sich nur mühsam erzeugen bei gelben, gespannten, gefäßsarmen Knoten. Die Purpura läßt sich leichter auf den Knoten als auf den Flecken der Lepra hervorbringen. Diese Tatsachen lassen sich, wie Brocq meint, unter Umständen diagnostisch verwerten, wo es sich um Anfangserscheinungen handelt und der Unterschied zwischen Lepra und Lupus erythematosus, Psoriasis, seborrhoischem Ekzem, Pityriasis rosea Gibert, Lichen planus und Lichen simple circonscrit nicht deutlich erscheint.

De Beurmann-Paris berichtete über **„Lepröse Schanker"**. Er vergleicht mit den bisher beschriebenen Fällen von leprösen Primäraffektionen, wie sie in der Arbeit von Marcano und Würtz beschrieben worden sind, einen von ihm selbst beobachteten Fall eines Soldaten der Fremdenlegion. Dieser hatte zwei Jahre in Tonkin geweilt und wies eine einzelne Papel an der Stirn auf. Gleichartig sind auch alle jene zwar häufigen, aber nicht ständigen endonasalen Initialläsionen und die zahlreichen Affektionen an den Füßen und Unterschenkeln von Leprösen auf Java und in den heißen Ländern überhaupt, wo die Eingeborenen barfuß laufen. Die primäre Hautveränderung der Lepra vermag sowohl eine Papel als ein anästhetisches Knötchen zu sein. Sie ist im allgemeinen einzeln und enthält Hansensche Bazillen. Es wäre wertvoll, sie rechtzeitig zu entdecken, denn es ist zu hoffen, daß durch ihre Zerstörung die Erkrankung des gesamten Körpers verhindert werden könnte, zumal die Verallgemeinerung des Leidens eine so langsame und späte ist.

Derselbe Berichterstatter und Gougerot sprachen über **den Gang der leprösen Infektion.** Die Häufigkeit initialer Affektionen und das Bestehen einer Bazillämie von Hansenschen Keimen im Augenblick von Schüben drängt zu folgender Annahme: Zur Zeit der Einimpfung, sei sie nun in der Haut oder der Schleimhaut, schläft der Keim oft lange Monate Microbisme latent. Zu einem gegebenen Augenblick entwickelt er sich unter der Einwirkung von Einflüssen, welche uns entgehen, und wird nach der ersten Inkubation zahlreich und kräftig genug, um eine Gegenwirkung des Körpers hervorzurufen, die sich im leprösen Schanker äußert. Dieser bleibt lange Zeit stationär. Auf eine zweite Inkubationszeit folgt dann das Auftreten allgemeiner Erscheinungen; dieser Ausbruch mit Bazillen im Blute erfolgt unter Fieberzuständen. Der weitere Fortschritt der Krankheit erfolgt in Schüben, deren Veranlassung zuweilen sich feststellen läßt in alkoholischen Exzessen, chirurgischen Operationen (nach Beobachtungen des Berichterstatters), meist aber unbekannt bleibt. Während dieser Schübe und Ausbrüche erfolgt die Verbreitung der Krankheit auf dem Wege des Blutes.

Dehio-Dorpat erwähnte einen Fall, wo ein Lepröser mit vier Gesunden monatelang eng zusammengelebt und schließlich alle vier mit Lepra angesteckt hat. Es besteht also zweifellos eine Übertragung von Person auf Person. Dieselbe muß nur lang und innig sein. Lie-Bergen ist ebenfalls der Meinung, daß die Infektion von Mensch zu Mensch erfolgt. Es bedarf dazu keineswegs eines Zwischenträgers.

Delbanco-Hamburg erwähnt im Anschluß an Ehlers' Vortrag, daß er vergeblich versucht hat, Blutegel Leprabazillen saugen zu lassen. Zur Kenntnis der Kontagiosität der Lepra drückt er sich sehr skeptisch aus. Wir können nur sagen, daß die Lepra eine parasitäre Krankheit ist. Wir wissen nicht, ob das, was wir an Leprabazillen sehen, lebt oder tot ist. Und wenn, was sehr wohl möglich ist, die Ratten wirklich Lepra akquirieren, so gewinnt die Prophylaxe neue Wege. Verbesserte und reinliche Lebensbedingungen bedeuten dann auch gegen die Lepra die schärfste Waffe.

Den zweiten Tag beschloß Kirchner-Berlin durch eine temperamentvolle Auslassung. Auch er glaubt an die Übertragung von Mensch zu Mensch. Man solle sich über Theorien, wie Einfluß des Bodens und der Nahrung und der Zwischenwirte usw., nicht von der wissenschaftlichen Erkenntnis abbringen lassen, daß der Leprabacillus

der Erreger der Krankheit und diese selbst eine ansteckende, von Mensch auf Mensch übertragbare Seuche darstellt. Woher käme sonst die grofse Ansteckungsfähigkeit der tuberösen, die geringe der maculo-anästhetischen Fälle. Die blutsaugenden Insekten spielen sicher bei der Infektion eine geringe Rolle. Man experimentiere und stelle fest, ob die Rattenflöhe Leprabazillen tragen und verbreiten.

Der dritte und vierte Verhandlungstag gehörten der Erörterung der Fragen nach der Behandlung der Lepra, der pathologischen Anatomie und der Bekämpfung der Seuche.

Deycke-Hamburg fafste seine Ansichten über **die Therapie der Lepra** in folgenden Sätzen zusammen:

Das Nastin ist ein aus einer Streptothrixart gewonnenes Neutralfett, das identisch zu sein scheint mit dem in Tuberkelbazillen enthaltenen Neutralfett. Die genannte Streptothrixart, nach ihrem Fundort Streptothrix leproides genannt, hat zu den echten Lepraerregern gar keine anderen nachweisbaren Beziehungen, als dafs letztere wahrscheinlich ebenso wie die Tuberkelbazillen ein nastinähnliches Fett in sich schliefsen.

Das reine Nastin erzeugt bei manchen Leprösen mehr oder minder heftige Reaktionen allgemeiner oder lokaler Natur. Die Reaktivität der mit Nastin injizierten Leprakranken unterliegt den extremsten graduellen Schwankungen: Während es einerseits viele absolut refraktäre Leprafälle gibt, die durch Nastin überhaupt nicht beeinflufst werden, kommen andererseits manche äufserst reaktive Fälle vor, bei denen direkt lebensgefährliche Reaktionserscheinungen durch Nastin ausgelöst werden. Unter diesen Umständen ist das reine Nastin für die Praxis der Lepratherapie nicht zu verwerten.

Verbindet man das Nastin mit solchen Substanzen, die in vitro säurefeste Bazillen, z. B. Tuberkelbazillen, zu entfetten, d. h. ihrer Säurefestigkeit zu berauben vermögen, so erhält man therapeutisch brauchbare Präparate. Ein solches Präparat ist das Nastin B, eine Kombination des Nastins mit Benzoylchlorid in öliger Lösung. In den für die Praxis angegebenen Konzentrationen bewirkt das Nastin B heftige Reaktionen überhaupt nicht und versucht nach Möglichkeit, auch leichtere Reaktionen zu vermeiden. Trotzdem ist es therapeutisch viel sicherer und konstanter wirksam, als das reine Nastin, obwohl auch dem Nastin B gegenüber die Leprakranken sich individuell sehr verschieden verhalten.

Das Nastin B wirkt direkt auf die spezifischen Lepraerreger im Sinne der Bakteriolyse ein, oder, besser gesagt, indem es die Leprabazillen durch Entfettung für die Bakteriolyse vorbereitet.

In einem hohen Prozentverhältnis der bisher mit Nastin B behandelten Leprafälle sind Besserungen des Allgemeinbefindens und der lokalen Symptome beobachtet worden, und es scheint, als ob durch die Behandlung das Weiterschreiten des leprösen Prozesses verhindert wird. Die Nestinbehandlung der Lepra hat sich auf Jahre zu erstrecken und es empfiehlt sich, ihr die Form einer chronisch intermittierenden Therapie, analog den syphilitischen Kuren, zu geben.

Lie-Bergen hat ebenfalls die Nastinbehandlung angewendet. Er konnte unter seinen zahlreichen Kranken nur sechs finden, die sich mit dem Mittel behandeln liefsen. Der erste Fall betraf einen 34jährigen Seemann, der vor der Erblindung stand. Zwei Brüder von ihm waren an Tuberkulose gestorben. Der Kranke erhielt 56 ccm Nastin, von $^1/_2$ ccm B_1 anfangend. Bei 1 ccm Nastin B_1 trat eine allgemeine Wirkung mit subjektiven und objektiven Erscheinungen ein. Nach einer dazwischen fallenden Entzündung der Gegend des Nervus auricularis trat deutliche allgemeine Besserung ein. Nach der dritten Einspritzung trat Husten auf und er stellte sich dann nach jeder weiteren Einspritzung erneut ein. Am zweiten oder dritten Tage

nach den Einspritzungen bekam dieser Kranke auch Diarrhoen. Es zeigten sich auch bei dem vorher ganz tuberkulosefreien Kranken schliefslich deutliche tuberkulöse Infiltrationen der beiden Lungenspitzen. Der zweite Fall betraf einen 20jährigen Tischler, der dritte einen 20jährigen Fischer. Letzterer wies bald das klinische Bild der Meningitis tuberculosa auf und starb am 22. Tage nach der letzten Einspritzung, nachdem er vor der Nastinbehandlung keinerlei Zeichen von Tuberkulose oder Skrophulose dargeboten hatte. Der vierte Fall betraf eine 38jährige Kranke mit knotiger Lepra, der fünfte eine 39jährige Kranke mit Lepra maculo-anaesthetica von 20jähriger Dauer. Diese Kranke lehnte jede Weiterbehandlung mit Nastin mit der Begründung ab, die Wirkung dieser Einspritzungen sei ja die gleiche wie die des Tuberkulins. Die meisten Kranken klagten auch über Schmerzhaftigkeit der Behandlung. Der sechste Fall betraf einen 48jährigen Tischler mit Lepra tuberosa. Hier rief die Behandlung in dem vorher anscheinend ganz gesunden Auge eine Iridocyclitis hervor. Lie möchte nach alldem zu dem Schlufs kommen, dafs das Nastin wohl eine Wirkung besitzt, dafs sie aber nie im voraus zu berechnen ist, weder hinsichtlich ihrer Stärke noch ihrer Erscheinungen. Lie glaubt nicht, dafs diese Behandlung eine wirklich spezifisch gegen Lepra genannt werden kann. Sie ist als eine Gruppenreaktion der Fette der säurefesten Bazillen anzusehen. Daher erklärt sich auch die Entwicklung auf tuberkulöse Vorgänge. Zweifellos ist aber die Nastinbehandlung der Lepra ein Fortschritt. Lie erörtert anschliefsend den Fall eines leprösen Mädchens, das nach Unna behandelt und auch von Lie selbst für geheilt angesehen worden war. Nach dem inzwischen an Nierenentzündung erfolgten Tode der Kranken liefs sich durch die Sektion mit anschliefsenden mikroskopischen Untersuchungen feststellen, dafs in den Nerven noch zahlreiche Leprabazillen vorhanden waren — und das lange nach der „Heilung“.

Hoffmann-Berlin schlägt hierbei die Anwendung des Burrischen Tuscheverfahrens zur Auffindung sonst nicht färbbarer Leprabazillen und die Anwendung der Drüsenpunktion vor, um festzustellen, ob die Lepra geheilt oder nur latent ist.

Kiwull-Wenden (Livland) hat, veranlafst durch Prof. Dehio-Dorpat, **Nastinbehandlung** angewendet, und zwar ausschliefslich bei knotigen Formen und unter ausschliefslicher Benutzung des Nastin B der Firma Kalle & Co. Die Einspritzungen wurden gut vertragen, waren allerdings schmerzhaft. Temperaturerhöhungen zeigten sich nach den Einverleibungen nicht oder nur vorübergehend. Mehrfach traten Exulcerationen vorhandener Infiltrate, vorhandener Knoten und alter Narben auf. In einer ganzen Reihe von Fällen gab es Schwellung und Schmerzen im Nervus ulnaris und seinem Verbreitungsgebiet. Eigentümlich war das häufige Auftreten ganz eigenartiger solitärer, in der Tiefe der Haut sitzender, derber, kleiner, schmerzhafter Knötchen von 3—5 mm Durchmesser, die in wenigen Tagen spurlos, resp. mit unbedeutender Pigmentierung verschwanden. Mehrfach gab es objektiv sichtbare Besserungen, wie Verheilen von Ulcerationen am harten Gaumen und an den Gaumenbögen, Flacherwerden alter Tubera und Verheilen resp. Kleinerwerden alter Ulcera. Blutkörperchenzählungen ergaben, dafs Nastin als Leukocytoticum anzusehen ist. Besserungen des Allgemeinbefindens und des leprösen Krankheitsprozesses wurde in drei Fällen beobachtet. Keine wesentliche Veränderung des ganzen Krankheitszustandes ergab sich in sechs Fällen, von denen zwei allerdings angeben, sich subjektiv wohler zu fühlen. Eine deutliche Verschlimmerung des Allgemeinbefindens mufste bei fünf Patienten konstatiert werden.

Ashburton Thompson-Sidney hat vier Fälle von Lepra tuberosa und einen Fall von reiner Nervenlepra mit Nastin behandelt. Alles waren weifse Leute. Bei einem Kinde bestanden die leprösen Erscheinungen erst wenige Wochen, bei einer Frau seit

über vier Jahren, bei einem Manne seit etwa sechs Jahren, bei dem nervösen Fall datiert das Leiden seit 16 Jahren. Alle Kranken zeigten zur Zeit des Beginnes der Nastinbehandlung ein Auffackern der leprösen Erscheinungen. Die subcutanen Einspritzungen wurden sechs bis zehn Monate fortgesetzt. B_1 wurde in Dosen von 1 bis 1½ ccm alle sieben, fünf oder weniger Tage einverleibt, Nastin B_2 wurde einige Male als Ersatz angewendet und besonders bei dem nervösen Fall und zwar wöchentlich einmal fünf Wochen lang. Der Erfolg des Nastins war ein völlig negativer, sowohl was örtliche wie was allgemeine Wirkung anbetrifft.

Engel Bey-Kairo spricht über **die Behandlung der Lepra mit Antileprol.** (Erscheint unter den Originalen dieser Zeitschrift.)

Much-Hamburg demonstriert die Abbildungen eines im Eppendorfer Krankenhaus mit Nastin behandelten Falles. Nach anfänglicher Nastinbehandlung wurde der Kranke mit einem Impfstoffe behandelt, der aus Tuberkelbazillen gewonnen wird und von Deycke und Much als Tb-H beschrieben ist. Hierauf folgten heftige Reaktionen, ähnlich der Nastinreaktion, und das Befinden besserte sich dauernd. Nastin ist identisch mit dem Neutralfett aller säurefesten Bakterien. Es ist ein reaktiver Fettkörper (Bencise).

Biehler-Riga behandelte schon im August 1907 32 Lepröse des Rigaischen Lepraheims mit Nastin. Es wurden 26 Tuberöse und 6 Nervenlepröse der Kur unterworfen. Von diesen sind 18 tuberöse und 4 nervös-lepröse Kranke 1½ Jahr lang systematisch eingespritzt worden. Bei einem der 18 Tuberösleprösen trat eine Verschlechterung ein, bei 10 Kranken folgte auf einen drei bis sechs Monate dauernden Stillstand des Leidens ein Fortschreiten der Erscheinungen und bei 7 Kranken besteht seit sechs Monaten ein völliger Schwund aller Krankheitserscheinungen. Unter den 4 Kranken mit Lepra nervorum wurden zwei entschieden kränker. Es traten am Körper und im Gesicht ausgebreitete, Monate bestehende rote Flecken auf. Bei zwei Kranken heilten schlaffe Geschwüre an den Sohlen, die jahrelang bestanden hatten. Die Anästhesien werden durch die Einspritzungen nicht beeinflufst. Es mufs bei der Nastinbehandlung streng persönlich verfahren werden. Bei Kranken mit Verfall, Lungen-, Nieren- und Blutzirkulationsstörungen mufs man von Nastintherapie absehen. Die Nastinbehandlung mufs sich mit zwischenliegenden Pausen auf Jahre erstrecken. Man darf sich mit in kurzer Zeit erzielten Besserungen nicht begnügen, auch sofortige Ergebnisse nicht erwarten. Langsames Vorgehen und der Gebrauch von Nastin B_0 und Nastin B_1 sind zu empfehlen. Bei Lepra tuberosa scheinen die Erfolge besser zu sein wie bei der Nervenlepra. Zur Unterstützung der Nastinbehandlung kann man in den Zwischenpausen Ol. Gynocardiae innerlich reichen.

De Beurmann-Paris berichtete hierauf über **Radiumbehandlung der Lepra.** Er hat gegen die Schmerzen der leprösen Nervenentzündungen und gegen die Leprome selbst Radium mit Erfolg angewendet. Es wurde ein Apparat benutzt, dessen Kapsel 0,09 g Radiumsulfat enthielt. Die Schmerzen hörten sehr schnell auf und im Gebiet des Nervus cubitalis, der in den beiden Fällen Beurmanns krank war und bestrahlt wurde, stellte sich die alte Sensibilität wieder ein. Leprome des Gesichts flachten sich innerhalb dreier Wochen ab und kamen innerhalb von sechs Wochen zum Verschwinden.

De Beurmann-Paris berichtete des weiteren über **Leprolinbehandlung der Lepra.** Das von Rost angegebene Leprolin ist das Homologe für den Hansenschen Bacillus wie das Tuberkulin für den Kochschen Bacillus. Rost stellt es her durch Filtrieren der Kulturen der Leprabazillen. Die Einspritzung von Leprolin bei Lepra erzeugt Reaktionen wie die nach Tuberkulineinspritzung bei Tuberkulose hervorgerufenen, nämlich nach Einverleibung von 10 ccm des Mittels zwischen die Muskeln

eine fieberhafte Allgemeinreaktion bis 39° und eine örtliche Reaktion, welche durch das Aufleben alter und das Auftreten neuer Läsionen dargestellt wird. Die Erfolge, die Beurmann bei den Leprösen des Pariser Hospitals St. Louis erzielt hat, sind recht ermutigende. Er weist die Photographie einer geheilten Dame, einer Krankenschwester aus Rangoon vor. Nachdem diese Kranke in Paris durch eine Kur von Chaulmoograöl bedeutend gebessert worden war, erhielt sie, nach den Tropen zurückgekehrt, noch 75 Einspritzungen von Leprolin und kann jetzt als geheilt gelten.

Biehler-Riga trägt hierauf Mitteilungen über **Komplementablenkungsversuche** vor. Sie wurden im März dieses Jahres durch Julius Eliasberg-Riga am Serum von 52 Leprösen des Rigaischen Lepraheims vorgenommen und zwar an 26 Kranken der tuberösen und 26 der nervösen Form. Die Sera der 26 Tuberösen zeigten in 20 Fällen positive und in 6 Fällen negative Reaktion. Die Sera von 26 Makuloanästhetischen gaben in 23 Fällen negative und in 3 Fällen positive Resultate. Von den 6 Fällen der Lepra tuberosa, welche keine Komplementbildung zeigten, gehören 5 zu den lange mit Nastin behandelten Kranken, bei welchen schon längere Zeit Schwund aller Krankheitserscheinungen von Biehler festgestellt worden ist. Im Juni 1909 haben Biehler und Eliasberg diese Versuche wiederholt und dieselben Ergebnisse gefunden.

Georg Meier-Berlin berichtete über **serologische Untersuchungen bei Lepra.** Die Einleitung bildete eine kurze Besprechung des Komplementbindungsverfahrens überhaupt; darauf wurde eingegangen auf die Anwendung dieser Methode für die Serodiagnostik der Syphilis. Das von den übrigen Immunitätsreaktionen abweichende Verhalten der Wassermannschen Reaktion wurde hervorgehoben; es zeigt sich darin, das Syphilissera auch gegenüber normalem Gewebe und sogar gegenüber reinen Lipoiden eine ausgesprochene Affinität zeigen und mit diesen zusammen Komplement binden. Demzufolge konnte es auch nicht überraschen, dafs auch andere Krankheiten zur Bildung ganz ähnlicher Stoffe führen könnten. Hinweis auf den hohen Grad der klinischen Spezifizität der Wassermannschen Reaktion. Die einzige bisher sicher bewiesene Ausnahme in dieser Hinsicht bietet die Lepra. Die zum ersten Male an einem gröfseren Materiale angestellten Untersuchungen von Herrn Oberarzt Dr. Lie und mir ergaben folgendes Resultat:

1. Leprasera geben häufig dieselbe Komplementbindungsreaktion, wie Syphilissera.
2. Dieses Verhalten zeigen jedoch nur die tuberösen Formen der Lepra.
3. Bei tuberöser Lepra gibt das Serum in ca. 70% der Fälle eine starke Komplementbindung, sowohl mit wässrigem Extrakte aus der Leber eines luetischen Foetus, wie mit dem alkoholischen Extrakte aus normaler Leber und aus Meerschweinchenherz.
4. Wie bei der Syphilis, besteht auch bei der Lepra ein weitgehender Parallelismus zwischen der Komplementbindung, und der von Porges und G. Meier angegebenen Lipoidausflockung.
5. Auch gegenüber Tuberkulin reagieren die Sera von Fällen tuberöser Lepra, mittels Komplementbindung, nicht dagegen die anästhetische Form der Lepra.

Ein Versuch zur Erklärung dieses Verhaltens der Leprasera ist einstweilen noch ziemlich aussichtslos, da wir über das eigentliche Wesen der Komplementbindung selber noch sehr im Unklaren sind.

Die Reaktion gegenüber dem Tuberkulin ist bei Lepraseris mit gröfster Wahrscheinlichkeit nicht auf eine gleichzeitige Infektion mit Tuberkulose zurückzuführen.

Eine Reihe von Bestätigungen dieser Befunde sind bereits erfolgt, auf welche nunmehr kurz eingegangen wird. Die Komplementbindung sowohl, wie namentlich auch die so einfache Lezithinausflockung könnten in manchen Fällen zur Bestätigung der Diagnose auf Lepra mit Erfolg verwendet werden.

Arning-Hamburg referierte über **das Vorkommen tuberkuloider Veränderungen in den Nerven bei anästhetischer Lepra.** Aus einer beim sechsten Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft erfolgten Mitteilung über das Vorkommen nekrotischer Prozesse in den Nerven bei anästhetischer Lepra hat durch neuere Publikationen von Schiota und Frugoni weitere Bestätigung erhalten, und A. selber ist in der Lage, zu seinen damaligen vier Fällen zwei weitere neue Fälle zu bringen. Nach dem Vorgang Muchs, der Tuberkelbazillen (Granula) mittels 48stündiger Gramfärbung nachgewiesen hat, bediente sich Arning dieser Methode und färbte aus solchem tuberkuloiden Lepramaterial mit Lewandowsky dort Bazillen, wo die Ziehlsche Färbung versagte. Dies gilt von den Nerven, der Haut und der visceralen Lepra.

Delbanco-Hamburg referiert an der Hand mikroskopischer Präparate über die neuen Unnaschen Arbeiten zur Unterscheidung „lebender" und „toter" Bazillen in der Leprahaut (vergl. *Med. Klinik*, 1909) und verweist auf die neuen Darstellungen Unnas zur Leprahistologie.

Harbitz-Christiania sprach über **lepröse Veränderungen in Knochen und Gelenken trophoneurotischen Ursprungs.** Die meisten Fälle von Lepra mutilans rühren von Geschwürsbildung, Nekrosen und chronischen eitrigen Entzündungen her, für welche die bestehende lepröse Neuritis mit ihrer Anästhesie und Analgesie die Ursache ist. In einzelnen Fällen jedoch lassen sich diese Deformitäten auf trophoneurotischen Einfluſs zurückführen, der von der Nervenentzündung auf Gewebe und besonders Knochensystem ausgeübt wird und Knochenatrophien und gewisse Gelenkveränderungen zur Folge hat. Heiberg hat hierauf zuerst hingewiesen. Die Atrophie findet sich vor allem an Mittelhand-, Mittelfuſsknochen und an den Fingern. Die Knochen werden stark, bis zur Hälfte ihrer gewöhnlichen Länge verkürzt, an den Enden förmlich verdünnt und zugespitzt. Zuweilen ist die Atrophie an den Seiten so stark, daſs die Knochen förmliche Platten bilden. Diese Atrophie rührt nicht von geschwürigen, eitrigen oder nekrotisierenden Entzündungen her, ist auch keine Inaktivitätsatrophie, die paralytische lepröse Extremitäten aufweisen. Auch mikroskopisch läſst sich kein Zeichen einer echten leprösen Knochenhaut- oder Knochenmarkentzündung nachweisen, die etwa sekundär eine Atrophie bewirkt haben könnte. Der einzige vernünftige Erklärungsgrund ist, die Atrophien als trophoneurotisch aufzufassen — als auf der von der Neuritis bedingten Ernährungsstörung beruhend, die eine Folge der Zerstörung (oder veränderten Funktion) der Fasern der peripherischen Nerven wird. Es fehlen Anhaltspunkte dafür, daſs sie von leprösen Veränderungen im zentralen Nervensystem herrühren sollten.

Der Verfasser meint übrigens, daſs auch nichts in dieser Affektion zugunsten der Existenz eigener trophischer Nerven spricht; es ist der Einfluſs der Neuritis auf alle bekannten Nervenkategorien, der, wie man annehmen muſs, die charakteristische Knochenatrophie im Laufe vieler Jahre, ja Dezennien hervorbringt, wie man solches an den ausgestellten Präparaten sehen kann, die von Leprapatienten herstammen, die ihre Krankheit 40, 50, 60 Jahre lang hatten und viele Dezennien in den norwegischen Leprahospitälern behandelt worden waren.

An Händen und Füſsen und besonders an den Tarsal- und Karpalgelenken finden sich gleichfalls zuweilen chronische Gelenkaffektionen, im ganzen von Aussehen wie die Gelenkaffektionen bei Arthritis deformans; gleichzeitig findet sich gern eine bedeutende Knochenatrophie. Auch diese Gelenkkrankheiten müssen in ätiologischen Zusammenhang mit der leprösen Neuritis gebracht werden. Der Verfasser meint, daſs sie im wesentlichen teils als eine Folge der bedeutenden Inaktivitätsatrophie in den Knochen, die leicht deformiert werden können, anzusehen sind, teils in der Paralyse der Muskeln und in der Anästhesie und Analgesie in Haut und Knochenenden zu

suchen sind mit hierdurch verursachten ataktischen Bewegungen und häufigem Ausgesetztsein mechanisch wirkender Irritamenten. Auf diese indirekte Weise muſs man sich das Zustandekommen dieser Gelenkkrankheiten zunächst denken; sie lassen sich aber schwerlich allein als eine direkt entstandene und charakteristisch trophoneurotische Affektion betrachten.

Von MACLEOD-London lag ein Bericht vor über **die pathologische Anatomie der Lepra.** Die letzten seit der ersten Leprakonferenz verflossenen Jahre haben die Ansicht, daſs der HANSENsche Bacillus der Erreger der Lepra ist, nur noch gefestigt. Durch besondere Färbungen lassen sich heute junge, alte und abgestorbene Bazillen unterscheiden. Die meisten Bazillen in den Geweben sind tot. Der Befund von Cladothrixanordnung und Verzweigungsformen lassen die Vermutung zu, daſs der Leprabacillus zu der Klasse der Streptotricheen gehört. Ein Nährboden, ihn zu züchten, ist bislang noch nicht gefunden worden. Es ist nicht bewiesen worden, daſs die Bazillen saprophytisch auf verdorbenen organischen Stoffen, wie alter Fisch, leben können. Bisher ist kein Tier gefunden worden, das für Lepra empfänglich wäre. Auch Überimpfungen sind bislang auf kein Tier gelungen. Ein dem Tuberkulin analoges Serum der Lepra ist bisher nach MACLEOD nicht erhalten worden. CARRASQUILLAS Methode hat keine ermutigenden Resultate ergeben und ist allgemein verlassen worden. Die Bazillen wandern in den Körper ein auf dem Wege der Nase, des Mundes und des Magendarmkanals. Durch den Geschlechtsverkehr ist diese Krankheit übertragbar, sobald am Glied Eruptionen sitzen. In der Samenflüssigkeit sind noch keine Bazillen gefunden worden. In den Geweben bringen die Bazillen infektive Granulome hervor. Zuerst liegen die Keime auſserhalb der Zellen, später dringen sie in sie ein und mögen sich dort auch vermehren. In Hautlepromen sind die Keime im allgemeinen auf das Corium beschränkt, sie mögen aber auch in der Oberhaut und auf der Oberfläche der Haut vorkommen. Auf die Oberfläche können sie nicht nur durch Ablagerung von Auswurf und Nasensekret, sondern auch von innen heraus durch Wanderung durch interepitheliale Lymphspalten oder mit dem Schweiſs gelangen. Über Eingeweidelepra ist seit 1897 nicht viel Neues zu sagen. In der Milz sind LANGHANSsche Riesenzellen und Nekrosen gefunden worden, doch sind beide Erscheinungen möglicherweise tuberkulöser Natur. In der Lunge kommen bei Mischformen von Lepra und Tuberkulose Verkäsung, Nekrose und Riesenzellen vor. Hier wie in Nieren und Milz mögen wirkliche lepröse Infiltrationen wohl vorkommen. Bazillen sind im Blut vielfach gefunden worden. Leichte Eosinophilie kommt vor. Augenlepra ist meist eine späte Form der Knotenlepra. Primäre Augenlepra ist selten. Bazillen, wenn auch spärlich, sind bei Lepra maculo-anaesthetica zweifellos von einer Reihe von Autoren gefunden worden Wahrscheinlich verschwinden sie aber bald aus der Haut, um in die Nerven abzuwandern. Der Leprabacillus ist gegenüber dem Tuberkelbacillus ein schwacher, zarter Keim. Um merkliche Veränderungen im Gewebe zu erzeugen, muſs er schon in groſsen Anhäufungen vorhanden sein.

BABES-Bukarest sprach über **spezifische Reaktionen bei Lepra.** Obwohl die Lepra mit Recht als eine ansteckende und ganz spezifische Krankheit betrachtet werden muſs, kennt man von ihr doch keine streng spezifischen biologischen Reaktionen. BABES hat festgestellt, daſs bei der Lepra sich toxische Stoffe erzeugen, deren Rolle besonders in der Symptomatologie der verschiedenen Krankheitsformen deutlich zutage tritt und die sich spezifischer Eigenschaften erfreuen dürften.

BABES hat nachgewiesen, daſs alle Leprösen auf Tuberkulin reagieren. Man darf nicht glauben, wie es einige Autoren tun, daſs diese Reaktion als Ausdruck einer Verbindung von Tuberkulose und leprösem Prozeſs aufzufassen ist. Die Reaktion der Leprakranken auf Tuberkulin weicht wesentlich von derjenigen der Tuberkulösen ab.

Man kann merkliche Besserung der Lepraerscheinungen durch eine Behandlung erzielen, welche aus kleinen Dosen Tuberkulin neben der Darreichung von Chaulmoograöl besteht. Die Reaktion der Komplementbindung ist bei Lepra anwendbar, denn das lepröse Serum und der Extrakt von Lepromen bilden zusammen ein System, welches das Komplement bindet. Indessen kann man wie bei der Syphilis dieses Antigen durch eine Reihe von Substanzen ersetzen, welche keinerlei spezifische Beziehung zur Lepra haben. Aufserdem kann man diese Reaktion bei einem Teil der Leprösen auch dann erhalten, wenn man als Antigen das Tuberkulin oder analoge Extrakte verschiedener säurefester Mikroben verwendet. Aber ebenso wie die Wirkung des syphilitischen Extrakts als Antigen für das lepröse Serum nicht bedeutet, dafs die Leprösen, von welchen dies Serum stammt, gleichzeitig syphilitisch seien, ebenso beweist die durch das Tuberkulin als Antigen erhaltene positive Reaktion nicht, dafs die Leprösen, deren Serum als Gegenkörper gedient hat, tuberkulös seien. Ein Beweis für diese Behauptung ist, dafs das Serum gewisser Syphilitiker auch mit leprösen Extrakten eine Bindung gibt, ohne dafs die betreffenden Syphilitiker leprös sind.

Prokhoroff-Petersburg berichtete über das Thema: **Ist die Lepra des Altertums dasselbe Leiden, das wir heute als Lepra kennen und welche Schutzmafsregeln wurden dagegen ergriffen?** Der Redner kommt zu dem Schlufs, dafs der Aussatz der Bibel tatsächlich unsere jetzige Lepra war. Dafs schon damals die Kranken von den Opferpriestern, denen die Diagnose oblag, aus der Gesellschaft verbannt wurden, ist bekannt. Die Kranken mufsten aufserhalb der Stadt leben, ihr Gesicht verhüllt tragen und Näherkommende durch Rufe warnen. Die Ansteckungsfurcht war eine weitverbreitete und starke. Im dritten Jahrhundert richtete man nahe Cäsarea ein Lepraheim ein, dessen Führung Ärzten anvertraut wurde. Die Verhältnisse der Leproserien im Mittelalter dürfen als bekannt vorausgesetzt werden.

Generalarzt Wise, Vertreter Nordamerikas, sprach über **Prophylaxe der Lepra.** Die Ausführungen boten nichts Neues.

Dr. E. Hübert-Tersk-Kaukasus. In der Frage über **Mafsregeln gegen Verbreitung der Lepra** schien die Wissenschaft bereits zu dem einheitlichen Schlusse gekommen zu sein, dafs als einziges zweckmäfsiges Mittel die Absonderung der Kranken anzusehen sei. Es haben sich aber von jeher, und auch in letzter Zeit, immer wieder Stimmen dagegen erhoben, so dafs die Meinungsverschiedenheiten in den zwei Lagern noch lange nicht ausgeglichen sind; namentlich sind die Ansichten über praktische Ausführung dieser Mafsnahme sehr verschieden. Somit ist es unabweisbare Aufgabe der Leprakonferenz, als höchster mafsgebender Instanz, in klarer, positiver Weise und in knapper Schlufsfassung ihr sachkundiges Urteil darüber abzugeben. Denn wenn man von hier nach Hause komme, werde man die Teilnehmer nicht nach der biologischen Eigenschaft oder der morphologischen Beschaffenheit des Leprabacillus fragen, sondern man wird fragen: „Was haben wir zu tun, um eine Weiterverbreitung der Seuche zu verhüten?“ Wir müssen auf folgende Fragen Rede und Antwort stehen können: 1. Absondern oder nicht absondern? 2. Sind alle Kranken abzusondern, oder nur gewisse? und 3. ist zwangsweise Absonderung durchzuführen oder genügt freiwillige?

Bei Erörterung dieser Punkte sollte nun wohl vor allen Dingen die alte Streitfrage über Ansteckung oder Erblichkeit der Lepra beleuchtet werden. Erwähnt sei nur: Wann die Tatsachen, die zu der Ansicht über Erblichkeit der Lepra führten (wie z. B. Lepra am neugeborenen Kinde) auch Berechtigung haben sollten, so kann es sich doch keineswegs um atavistische Vererbung handeln, denn dann müfste man ja zu dem Schlusse kommen, die Lepra sei ein Degenerationsvorgang, nicht aber eine ansteckende Krankheit. Im besten Falle kann es sich hier doch nur um eine an-

geborene Vererbung handeln. Was ist diese aber anders als Ansteckung der Frucht im Mutterleibe?

In Frage 1 müssen wir folgende Thesen als Grundsätze anerkennen: 1. An Lepra erkrankt nur der Mensch. 2. Die Lepra wird nur vom Menschen auf einen andern Menschen übertragen (ob mittelbar oder unmittelbar, das bleibt sich gleich). 3. Diese Krankheit erscheint nur dort, wo früher ein Lepröser war oder sich noch befindet. 4. Damit der Mensch an Lepra erkrankt, mufs er unbedingt vorher mit einem Leprakranken in Berührung gekommen sein. 5. Die Lepra verschwindet überall dort, wo die Kranken vom Verkehr mit den Gesunden abgesondert werden.

Dieser letztere Leitsatz führt zu der Folgerung, dafs als sicherstes Mittel gegen Weiterverbreitung der Lepra die Absonderung der Leprösen anerkannt werden mufs. Aber nicht jene, wie sie bei den akuten Infektionskrankheiten, wie Cholera, Scharlach, Diphtheritis, Pocken und dergleichen angewendet wird. Diese Mafsregeln können bei Bekämpfung der Lepra mit ihrem langsamen, Jahre dauernden Verlaufe nicht Anwendung finden. Es mufs Sorge getragen werden, dafs die Leprösen in Heime untergebracht werden, wo sie in gewohnter häuslicher Einrichtung und in gewohnter Lebensweise den Rest ihrer Tage verbringen können.

Zur Erklärung dafür, dafs eine Übertragung der Lepra nur so selten beobachtet wird, sind unsere gewöhnlichen Theorien ungenügend. Wir können annehmen, dafs Disposition und Widerstandsfähigkeit des Körpers dabei eine Rolle spielen, ferner sind Lebensart, Kost, Luft und Wasser in Betracht zu ziehen, die gröfste Rolle aber spielt jedenfalls eine ungesunde Lebensweise, namentlich dort, wo beim Verkehr mit Leprösen die Möglichkeit einer Infektion von vornherein vorhanden ist. Aufserdem scheint folgende Erklärung sehr wahrscheinlich zu sein:

Der Erreger der Lepra ist ein sehr zarter Mikroorganismus, der sich nur in dem Körper seines Wirtes, also in den Geweben des Menschen wohlzufühlen scheint. Sobald er diesen verläfst, verliert er seine Lebensfähigkeit. Damit er nicht zugrunde geht, mufs er unbedingt auf einen für sein Weiterleben günstigen Boden kommen, wie z. B. eine offene Wunde, eine zufällige Abschürfung, oder vielleicht auch eine blutreiche Schleimhaut und dergleichen. Jedenfalls ist die unverletzte trockene Haut des menschlichen Körpers oder, um so mehr ein reines Kleid, für ihn ein sehr ungünstiger Boden.

Aus allen diesen Umständen erklärt sich auch die Tatsache, dafs Lepra hauptsächlich nur in den ärmeren Klassen auftritt, wo bei ungenügenden hygienischen Verhältnissen und häufiger naher Berührung (gemeinsames Nachtlager, gemeinsame Schüssel) die verschiedenen Zufälle und Möglichkeiten, welche eine Übertragung herbeiführen können, nur schlecht zu vermeiden sind. Da unsere Kenntnisse von den Gesetzen der Disposition und Widerstandsfähigkeit des Körpers sehr ungenügend sind, so können wir damit auch nicht rechnen. Unsere Aufgabe ist und bleibt dafür Sorge zu tragen, dafs der lepröse Kranke in eine Lage gebracht wird, bei welcher die Übertragung des in Frage kommenden Krankheitserregers unmöglich ist.

Veranlassung zur Erörterung der zweiten Frage, ob alle Leprösen abzusondern sind, finden wir darin, dafs die Ansichten über Kontagiosität der verschiedenen Lepraformen nicht einheitlich sind. So wird z. B. in einem Regierungserlafs für Rufsland den besonderen Kommissionen, die den Kampf mit der Lepra zu organisieren haben, Vorschrift gegeben in jedem einzelnen Falle festzustellen, ob derselbe als kontagiöse Form anzuerkennen ist oder nicht kontagiöse. Diese Ansicht scheinen auch einige Lepraforscher zu teilen (Dehio, Sticker), indem sie die tuberöse Form als kontagiös, die makulo-anästhetische Form aber als nicht kontagiös anzusehen scheinen. Die Er-

fahrung macht aber eine solche Differenzierung unmöglich. Man könnte eine ganze Reihe von Fällen anführen, wo gerade ein Anästhetiker als Ursache der Weiterverbreitung diente. Aufserdem mufs die Möglichkeit der Übertragung auch durch anästhetische Form aus folgenden Gründen zugestanden werden: 1. Der Krankheitserreger beider Formen ist ein und derselbe; 2. der Leprabacillus wird in den Geweben und Ausscheidungen sowohl tuberöser, wie auch makulo-anästhetischer Kranken vorgefunden und 3. Verschiedenheit des klinischen Bildes bedingt durchaus nicht Verschiedenheit der Ursachen, um so mehr wo die histologisch-pathologischen Erscheinungen vielfach so sehr ähnlich sind.

Natürlich gibt es Fälle, die in bezug auf Ansteckung für die Umgebung ungefährlich sind; das ist aber nicht deshalb, weil sie von einer besonderen Form von Lepra behaftet sind, sondern weil bei ihnen der Krankheitsvorgang als abgeschlossen angesehen werden kann. Rückfälle kommen nicht mehr vor, Bazillen werden in ihren Ausscheidungen nicht mehr aufgefunden und sie können typisch als genesen betrachtet werden.

Armauer Hansen vergleicht solche Kranken (in einem Briefe an den Vortragenden) mit einer alten Windmühle, über welche Sturm und Wetter einhergegangen sind; sie hat so manchen Schaden erlitten, die Flügel sind abgebrochen — sie heifst immer noch Windmühle, nur nützt sie niemandem mehr, aber ... sie schadet auch niemandem mehr.

Diese „Leprösen" abzusondern ist also nicht mehr erforderlich, alle anderen aber müssen isoliert werden, gleichviel ob tuberös oder anästhetisch — alle!

Die letzte und schwierigste Frage ist die dritte: Zwangsweise oder freiwillige Absonderung? Diese Frage hat von jeher zu sehr lebhaften Erörterungen geführt, so dafs jetzt nur ungern darüber gesprochen wird. Das schwerste Geschütz, das gegen die Mafsnahme der Isolation überhaupt (gegen obligatorische also um so mehr) aufgefahren wird, heifst „Humanität". Es wird geltend gemacht, der lepröse Kranke sei kein Verbrecher, welcher seiner Freiheit beraubt werden darf, es sei eine unverantwortliche Grausamkeit, einen unschuldigen Kranken einzusperren usw. Nach bester Überzeugung des Referenten kann aber auf die obengestellte Frage nur die einzige Antwort gegeben werden: Obligatorisch! und zwar eine allgemeine, gleichmäfsige, obligatorische Isolation aller Leprösen, welche die Möglichkeit einer Übertragung bieten, mit anderen Worten: bei welchen das Vorhandensein von Leprabazillen nachgewiesen werden kann. Teilweise, nur auf gewisse Bezirke beschränkte Mafsnahmen oder die Unternehmungen verschiedener Wohltätigkeitsgesellschaften, genügen nicht.

Es ist ja ganz richtig, ein Kranker ist kein Verbrecher, der in seinen menschlichen Rechten beeinträchtigt werden mufs. Jeder Kranke ist aber gleichzeitig ein Mitglied der Gesellschaft und als solcher geniefst er Rechte, trägt aber auch gewisse Pflichten und eine der ersten Pflichten eines jeden Menschen ist: seinen Nebenmenschen vor Gefahr zu schützen! und wenn diese Pflicht manchmal auch mit einigen Unannehmlichkeiten verbunden ist, so entbindet ihn dieses noch lange nicht vor Ausübung derselben.

Die von diesem Areopage verkündete frohe Botschaft von der Heilbarkeit der Lepra eröffnet vor uns ein neues, weites lichtes Arbeitsfeld, sie steht aber keineswegs in Widerspruch mit den von der Wissenschaft und unseren Erfahrungen gebilligten Grundsätzen. Jene Kranken, welche die Lepraasyle bisher scheuten und vermieden, werden sie jetzt als Heilstätten selber aufsuchen. Und wenn sich diese neue, hier so tapfer beurkundete Aussicht in Tatsache und Wirklichkeit bewähren wird, so werden wir in ihr nur Unterstützung und Förderung unserer Aufgaben finden.

M. Holmboe, Direktor des norwegischen Medizinalwesens, gab am Schlusse der Verhandlungen eine Übersicht über die **Geschichte der Lepra in Norwegen**, dann auch in den übrigen skandinavischen Ländern, wesentlich im Anschluſs an die in der Festschrift gedruckten Abhandlungen.

Er zeigte, wie die Bekämpfung der Krankheit mit Isolation immer eine Abnahme der Krankheit zur Folge gehabt hat, während dagegen ein Nachlaſs solcher Vorsichtsmaſsregeln jedesmal ein erneutes Auflodern gezeitigt hat.

In dieser Hinsicht zeigt die Geschichte der Lepra in Norwegen, Schweden, Island und Finnland eine auffallende Gleichmäſsigkeit und Ähnlichkeit. Es wäre darum zu hoffen, daſs man sich nicht durch die Abnahme der Lepra, die in der letzten Zeit in diesen Ländern nachweisbar ist, zu einem voreiligen Nachlaſs der jetzigen Maſsregeln verleiten läſst.

Der Redner referierte dann die wichtigsten Tatsachen, die im Laufe der Verhandlungen der Konferenz mitgeteilt worden waren. Besonders wurde hervorgehoben die Bildung neuer Lepraherde in der neueren Zeit und die Gefahr vor Einschleppung der Lepra durch Personen, die in den Kolonien infiziert worden sind und dann die Krankheit in ihre Heimat mit sich führen.

Die Erkenntnis, daſs der Hansensche Bacillus die alleinige Ursache der Lepra ist und daſs sie immer von einer kranken Person übertragen wird, muſs als festgestellt angesehen werden. Dagegen herrschte darüber noch Meinungsunterschied, ob diese Übertragung direkt oder indirekt durch den Boden, durch Nahrungsmittel oder durch Tiere, besonders durch blutsaugende Insekten geschieht. In dieser Beziehung waren interessante Untersuchungen der Konferenz vorgelegt worden. Zu positiven Resultaten hatten diese noch nicht geführt. Das einzige, was man mit Sicherheit wuſste, war, daſs Unsauberkeit und schlechte hygienische Verhältnisse der Entstehung der Krankheit Vorschub leisten.

Der Redner empfahl darum der Konferenz an den Grundsätzen festzuhalten, denen die erste Leprakonferenz beigestimmt hatte, und sich den Entwurf zu Beschlüssen, die von der internationalen Kommission ausgearbeitet war und von dem Redner vorgelesen wurde, anzuschlieſsen.

Nach einer ziemlich erregten und langdauernden Erörterung, in der sich besonders die Engländer und Amerikaner dagegen wendeten, daſs in Leitsatz II die Wendung „und diese — nämlich die staatlichen Maſsregeln — so zu gestalten, daſs sie von den Kranken gern ertragen werden“ beibehalten würde, fanden die nachstehenden Beschlüsse ohne Widerspruch Annahme. Hoffentlich nehmen sich die Regierungen aller Länder die darin enthaltenen Erklärungen und Forderungen zu Herzen und machen hoffentlich sie zur Richtschnur ihres weiteren Handelns.

Einstimmig gefaſste Beschlüsse der Konferenz:

A.

I. Die II. internationale wissenschaftliche Konferenz zur Bekämpfung des Aussatzes hält noch heute in allen Punkten an den von der I. in Berlin 1897 stattgefundenen Konferenz gefaſsten Beschlüssen fest. Der Aussatz ist eine von Mensch auf Mensch übertragbare Krankheit, gleichgültig auf welche Weise diese Übertragung auch stattfindet.

Kein Land, welche geographische Lage es auch immer haben mag, ist sicher gegen diese Übertragung.

Es ist ratsam, geeignete Schutzmaſsregeln gegen die Möglichkeit einer Übertragung zu ergreifen.

II. Im Hinblick auf die günstigen Ergebnisse, die durch Isolierung der Aussätzigen in Deutschland, Island, Norwegen und Schweden erzielt worden sind, ist es wünschenswert, dafs die übrigen befallenen Länder dieselben Mafsregeln ergreifen.

III. Es ist dringend wünschenswert, dafs die Kinder von Aussätzigen sobald als möglich ihren Eltern entzogen, in Beobachtung genommen und darin behalten werden. Diejenigen Personen, welche die Wohnung mit Aussätzigen teilen oder geteilt haben, müssen von Zeit zu Zeit durch genügend vorgebildete Ärzte untersucht werden.

IV. Es ist dringend wünschenswert, dafs Lepröse von dem Betriebe solcher Gewerbe ferngehalten werden, welche für die Übertragung der Lepra besonders gefährlich sind. Unter allen Umständen aber und in allen Ländern ist die strengste Isolierung aller Bettler und Vagabunden unerläfslich.

B.

V. Alle Theorien über die Ätiologie und Weiterverbreitung des Aussatzes müssen sorgfältig daraufhin geprüft werden, ob sie sich mit unserer bisherigen Kenntnis über Natur und Lebensbedingungen des Hansenschen Bacillus vereinigen lassen.

Es ist ferner wünschenswert, dafs die Frage der Übertragungsmöglichkeit des Aussatzes durch Insekten aufgeklärt und dafs auch die Existenz von dem Aussatze ähnlichen Erkrankungen bei Tieren (Ratten usw.) studiert werde.

VI. Das klinische Studium des Aussatzes berechtigt zu der Annahme, dafs die Krankheit nicht unheilbar ist. Wir besitzen aber zurzeit noch kein sicheres Heilmittel; deshalb ist es besonders wünschenswert, dafs man fortfährt, eifrigst nach einem spezifischen Heilmittel zu forschen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

August 1909.

Dermatitis herpetiformis im Kindesalter, von Frederick Gardiner-Edinburg. Die vier von G. beobachteten Fälle, Kinder im Alter von drei bis bis neun Jahren betreffend, lassen ersehen, dafs die Dermatitis herpetiformis des Kindesalters eine weniger ausgesprochene Lokalisation hat, als bei Erwachsenen und die einzig charakteristischen Stellen die Beugeflächen der Hand- und die Innenseiten der Fufsgelenke sind. Alle Fälle zeigten die verschiedenen Stadien der Erkrankung und als dieselbe am schlimmsten war, bestand ausgesprochene Neigung zur Blasenbildung. Die Anfangsstellen des Leidens waren Gesicht und Kopf in zwei Fällen, die Genitalien in einem und die Hüften im vierten Falle. Eine Allgemeineruption war bei allen vier Fällen zu irgendeiner Zeit, Jucken bei keinem in bemerkenswertem Grade vorhanden. Pigmentierung folgte bei zweien in ausgesprochenem Mafse. Eosinophilie, ein sehr wichtiges diagnostisches Mittel, war in allen vier Fällen vorhanden. Die Behandlung, innerlich mit Arsenik und äufserlich mit schwacher Quecksilber-Ammoniaksalbe, war zwar nicht völlig unbefriedigend, wie von vielen Seiten angegeben wird, brachte aber doch keine völlige Heilung. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1909.

Des Vorsitzenden Ansprache (zur 33. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, Philadelphia, 3.—5. Juni 1909), von T. Caspar Gilchrist. In seiner Eröffnungsrede konstatiert G. in erster Linie mit Befriedigung, dafs die Dermatologie allmählich im Lehrgang des medizinischen Studiums — wenigstens der Vereinigten Staaten — den ihr gebührenden Platz einnehme und führt dann aus, mit welch guten Resultaten in den letzten acht bis neun Jahren ein bestimmter Lehrplan am John Hopkins Spital durchgeführt worden sei. Übergehend zu den epochalen, die Syphilis betreffenden Entdeckungen glaubt G., dafs die Spirochaeta pallida nun wohl allgemein als die Ursache der Syphilis angesehen wird und besonders die Dunkelfeldbeleuchtung viele Veränderungen der Geschlechtsorgane, die sonst nicht als Primäraffekte imponierten, als luetische aufweise. Die Wassermannsche Reaktion hat sich als ein unschätzbares diagnostisches Mittel, vor allem bei luetischen Erkrankungen innerer Organe erwiesen, Neissers Forschungen über die Affensyphilis seien schliefslich auf eine Stufe mit der Schaudinnschen Entdeckung zu stellen. Eine andere diagnostische Probe ist v. Pirquets Tuberkulin, welche von grofser Bedeutung bei der Klassifikation der sogenannten Tuberkulide und der mit ihnen verwandten Affektionen ist. Bei der Behandlung von Acne vulgaris fand G. in der Anwendung der Vaccine des Acnebacillus (in der Dosis von 100—200 Millionen abgetöteter Bazillen) ein sehr gutes Unterstützungsmittel. Die Albusvaccine (bis zu 500 Millionen des Staphylococcus albus) erwies sich als sehr brauchbar bei der Behandlung des bullösen Erythema multiforme. Bezüglich der Anwendung der X-Strahlen kann G. nichts Neues anführen: sie bleiben ein sehr wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung der Hautkrankheiten, ebenso das Radium, welches speziell gute Erfolge bei Naevus vascularis, Ulcus rodens und kleinen, beginnenden Epitheliomen und speziell bei Neubildungen, welche Röntgenstrahlen nicht zugängig sind, gab. Eine neue Behandlungsmethode — die Ionisation — hat sich besonders in einigen Fällen von Lupus erythematosus, ebenso die Anwendung des Kohlensäureschemas, als erfolgreich gezeigt. Zum Schlusse erwähnt G. der Pellagraepidemie, welche in den Südstaaten der Vereinigten Staaten herrsche und erhöhte Aufmerksamkeit von Seite der Behörden und der Dermatologen finden sollte.

Ein Vergleich der Wassermann- und Noguchi-Komplement-Fixationsmethoden, von Howard Fox-New York. Um den Wert dieser beiden Methoden zu prüfen, stellte F. in 210 Fällen, wovon 23 nicht syphilitische Kontrollfälle waren, vergleichende Beobachtungen an. Die Technik der Noguchi-Probe war die ursprünglich von N. beschriebene; als Komplement wurden 0,04 ccm frischen Meerschweinchenserums angewandt und die Suspension der festen Körperchen durch Mischung eines Tropfens normalen Blutes in 4 ccm normaler Salzlösung erzielt, während Antigen und Ambozeptor in Form schmaler, von Noguchi bezogener Papierstreifen angewandt wurden. Von allen, auf Komplementfixation beruhenden Methoden der Syphilis-Diagnose erscheint F. nach diesen Beobachtungen als die vollendetste jene von Noguchi. Dieselbe ist auch bezüglich der Einfachheit der Technik ohne gleichen. Die von F. angestellten vergleichenden Beobachtungen ergaben bei den syphilitischen Fällen einen gröfseren Prozentsatz positiver Reaktion mit Noguchis als mit der Wassermannschen Probe. Trotzdem möchte F. es noch auf eine gröfsere Anzahl von Fällen ankommen lassen, ob beide Methoden gleichwertig sind. Tabellarische Zusammenstellung der bezüglichen Fälle. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Idioneurosen.

Pruritus universalis nebst Pyloruscarcinom, von B. LEOPOLD - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 26.) Eine 76jährige Frau klagte über starkes Jucken. Objektiv können nur Kratzeffekte konstatiert werden. Es wird eine Neubildung in der kachektischen Patientin vermutet, aber nicht gefunden. Nur Röntgenbeleuchtung führte zur Entdeckung eines Pyloruscarcinoms. Der Verfasser meint den Zusammenhang der zwei Befunde und damit die Ursache des Juckens gefunden zu haben. Er will die Aufmerksamkeit bei Pruritus hämatogenen Ursprunges weiter erforschen, denn ähnliche Fälle können oft vorkommen. *Porosz-Budapest.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von geheilter akuter Lysolvergiftung, mit im Verlaufe derselben aufgetretenem Emphysema subcutaneum der linken Fossa supraclaricularis, nebst allgemeinen Bemerkungen über Lysolvergiftung, von JOSEF EISELT-Gablonz a. N. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Das Emphysema subcutaneum entwickelte sich im Anschluſs an eine eitrige Bronchitis. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über familiären Ikterus, von RICHARD ROSENFELD-Karlsbad. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Nach einer kritischen Besprechung des von GILBERT, LEREBOULLET u. a. aufgestellten Typus der familiären biliären Diathese bringt R. eine Zusammenstellung der bisherigen Publikationen über familiären, chronischen, mit Milzschwellung und Pigmentanhäufung in den Leberzellen einhergehenden acholurischen Ikterus, der stets benigner Natur ist und nach WIDAL und CHAUFFARD gesteigerter Hämolyse, verminderter Widerstandskraft der Erythrocyten seine Entstehung verdankt. R. selbst hatte Gelegenheit, bei drei Geschwistern eine mit acholurischem Ikterus verbundene Leber-Milzerkrankung zu beobachten, die sich durch ihre Malignität und durch den Blutbefund von dem familiären Ikterus hämolytischer Natur unterschied. Zwei von den drei Geschwistern sind nach dreijähriger Krankheit im Alter von 14 und 21 Jahren gestorben, die wesentlichsten Erscheinungen waren bei beiden Ikterus, Leber- und Milzschwellung, Urobilinurie, profuse Schleimhautblutungen. Die Stühle waren bei beiden Kranken hell, aber nie ganz entfärbt. Der dritte Fall betrifft eine jetzt 32jährige Frau, die seit zwei Jahren ikterisch ist, ebenfalls Milz- und Leberschwellung aufweist und stets urobilinhaltigen Harn und gelbbraun gefärbte Stühle entleert; die bei familiärem Ikterus hämolytischer Natur vorhandenen Blutveränderungen, Anämie, Ungleichheit der Gröſse der Erythrocyten (Anisocytose) und verminderte Widerstandskraft der Erythrocyten fehlen, die Erythrocyten lassen sogar eine leicht vermehrte Resistenzfähigkeit erkennen. — Die Prognose des Falles muſs mit Rücksicht auf die zwei an der gleichen Affektion verstorbenen Brüder als sehr dubiös betrachtet werden. — Die drei Fälle sind vielleicht, nachdem hereditäre Lues auszuschlieſsen ist, als atypische familiäre Form der HANOTschen Cirrhose aufzufassen.

Götz-München.

Fig. 1.

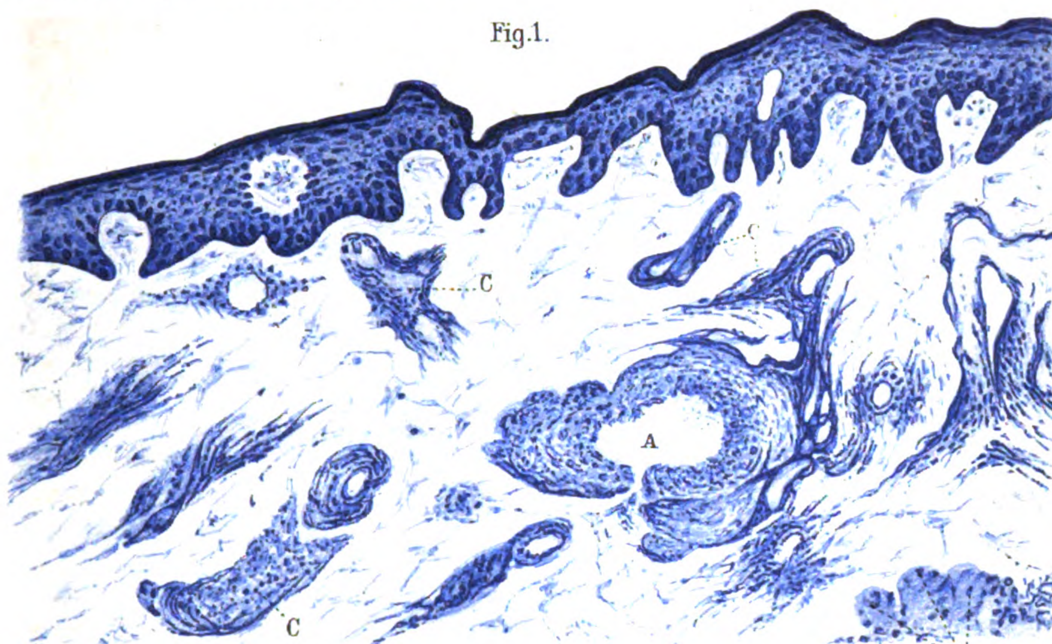


Fig. 2.

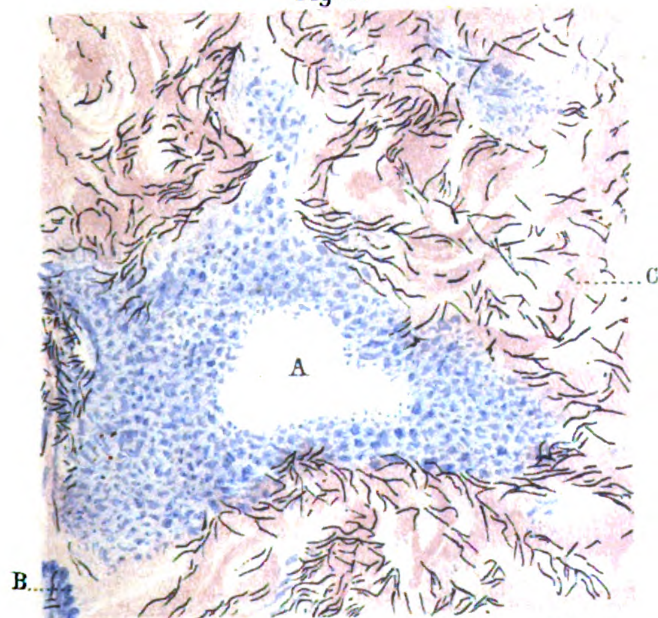


Fig. 3.

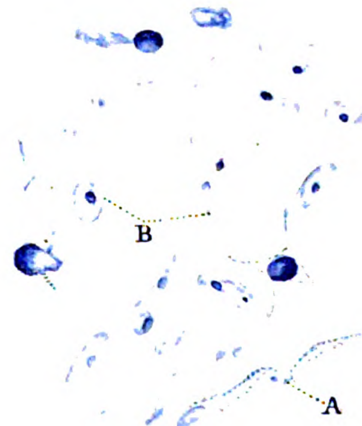
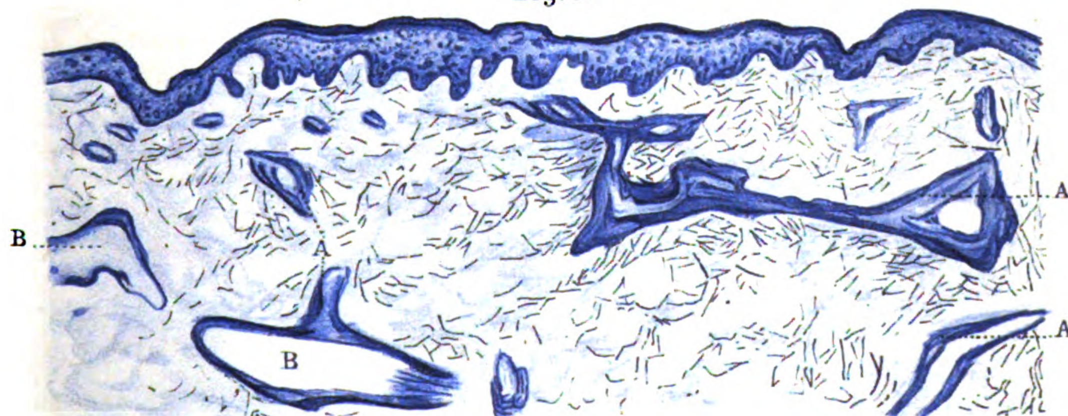


Fig. 4.



Dr. G. A. Gavazzeni.
Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.
Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. No. 8. 15. Oktober 1909.

Aus dem Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau.

Ein Beitrag zur Frage der praktischen Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion bei Syphilis.

Von

Dr. ARTH. JORDAN.

Nachdem man sich jahrhundertelang gewöhnt hatte, die Syphilis allein nach den klinischen Erscheinungen zu diagnostizieren, brachte uns dieses Jahrhundert in schneller Folge zwei bakteriologisch-serologische Beweise, nämlich das Jahr 1905 die Entdeckung der Spirochaeta pallida von SCHAUDINN und HOFFMANN[1] und das Jahr 1906 den Nachweis der Komplementbindung durch WASSERMANN, A. NEISSER und BRUCK.[2] Während über die Spirochaeta pallida die Akten vorläufig geschlossen sind, indem wohl keiner mehr daran zweifelt, daſs sie der Träger der Syphilis ist, wogt der Kampf über die andere Frage noch weiter. Aber auch hier ist man so gut wie einig, daſs die Komplementbindung mit der Syphilis zusammenhängt, nur über das Wesen und die Bedeutung derselben wird noch gestritten. Die ursprüngliche Annahme von WASSERMANN, NEISSER und BRUCK, daſs es sich „bei der Reaktion um das Zusammenwirken eines Spirochätenantikörpers und eines gelösten Stoffes aus Spirochätenleibern, eines Spirochätenantigens“, handle, ist, wie schon BRUCK[3] in seinem erschöpfenden Referat auf dem Frankfurter Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sagte, aufgegeben worden, weil die Reaktion, entgegen der anfänglichen Annahme, nicht bloſs beim Vermischen von Luesserum mit luetischem Material, sondern auch mit normalen Organextrakten auftritt. Da aber doch „nur luetische Seren mit den luetischen oder normalen Organextrakten Komplementbindung“ ergeben, „nicht aber normale Seren“, so erklärt BRUCK die Komplementbindung zwar

[1] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.

[2] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 19.

[3] Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, X. Kongreſs. Berlin 1908. S. 144.

nicht durch das Zusammenwirken eines Spirochätenantigens mit einem Spirochätenantikörper, sondern „durch den Zusammentritt eines normalen Organstoffes zu einem anderen Stoff, der sich im Serum eines Lueskranken findet". Weder diese Erklärung noch eine andere von FRITZ LESSER,[4] wonach es sich bei der WASSERMANNschen Reaktion „um eine bisher unbekannte Anomalie im Verhalten des Syphilitikerserums handle, die sich in einer besonderen Fähigkeit, mit Lipoiden zu reagieren, dokumentiere", hellt aber das Wesen dieser Reaktion auf.

Wodurch nun aber auch die Hemmung der Hämolyse zustande kommen mag, in praktischer Hinsicht gilt, dafs sie so gut wie nur bei Syphilitikern beobachtet wird. Die sonstigen Krankheiten, wo sie noch vorkommt, sind entweder in Europa so gut wie unbekannt, nämlich Framboesia tropica und gewisse Trypanosomenkrankheiten, oder so leicht zu erkennen, dafs keine Verwechselung mit Syphilis möglich ist, wie bei Lepra, zumal der tuberösen Form. Beim Scharlach wiederum, wo gelegentlich auch ein positiver Ausfall der Reaktion beobachtet wird, schwindet die Reaktion so schnell, dafs sie nicht von Bedeutung ist. In ganz vereinzelten Fällen sind wohl von dem einen oder dem anderen Forscher auch bei Tumoren, Diabetes, Ikterus, Malaria usw. positive Reaktionen beobachtet worden, aber das sind so seltene Fälle, dafs sie den, wie allgemein anerkannt wird, häufigen positiven Ausfall der Reaktion bei Syphilis nicht schmälern können, zumal da es in den anderen Fällen nicht immer ausgeschlossen zu sein brauchte, dafs die betreffenden Kranken, ohne es zu ahnen, dennoch Syphilis gehabt hatten. Aufserdem sind die Untersuchungen nicht immer mit Luesleberextrakt, sondern mit solchen verschiedener Modifikationen angestellt worden, wobei die letzteren weniger zuverlässig sind.

Um das reiche Material der ambulatorischen Männerabteilung des Mjassnitzki-Krankenhauses zu Moskau auf diese Frage hin zu prüfen, trat ich in Beziehung zu dem Kollegen Dr. M. WERMEL, Leiter des bakteriologisch-chemischen Laboratoriums zu Moskau, der sich sofort in liebenswürdigster Weise bereit erklärte, meine Kranken serodiagnostisch zu untersuchen. Obgleich bis jetzt von ihm weit über 500 Fälle untersucht worden sind, will ich, der bequemeren Berechnung wegen, doch nur die ersten 500 Fälle in den Kreis meiner heutigen Betrachtung ziehen. Über die technische Seite der Untersuchung beabsichtigt Dr. WERMEL selbst eine Mitteilung zu machen, so dafs ich nur kurz erwähne, dafs alle Untersuchungen nach der WASSERMANNschen Methode vorgenommen worden sind und unter positiver Reaktion nur solche unzweifelhafter Natur, wenigstens †† bis ††††,

---

[4] FRITZ LESSER, Zur Technik und zum Wesen der WASSERMANNschen Reaktion. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 21, S. 974.

gemeint sind. Das Hauptergebnis der Untersuchung findet in folgender Tabelle seinen Ausdruck:

Tabelle I.

Diagnose	Gesamtanzahl der Fälle	Anzahl der Fälle mit positiver Reaktion	Anzahl der Fälle mit negativer Reaktion	Positive Reaktion in Prozenten	Negative Reaktion in Prozenten
Primäraffekte	88	51	37	57,9 %	42,1 %
Syphilis secundaria mit Erscheinungen	38	37	1	97,5 %	2,5 %
Syphilis tertiaria mit Erscheinungen	52	35	17	67,3 %	32,7 %
Syphilis im Frühstadium ohne Erscheinungen (erste drei Jahre)	177	105	72	59,3 %	40,7 %
Syphilis im Spätstadium ohne Erscheinungen (nach drei Jahren)	115	48	67	41,7 %	58,3 %
Tabes dorsalis	2	2	—	100 %	0 %
Syphilophobie	16	2	14	12,5 %	87,5 %
Verschiedene Hautkrankheiten	12	—	12	0 %	100 %
	500	280	220	56 %	44 %

Wie wir aus dieser Tabelle ersehen, fiel die WASSERMANNsche Reaktion in 472 Fällen von Syphilis verschiedener Stadien in 278, d. h. in 58,8 %, positiv und in 194 oder 41,2 % negativ aus. In freilich nur 12 Fällen, wo nicht der geringste Anlaß zur Annahme von Lues vorlag, blieb die Reaktion aus und in 16 Fällen von Syphilophobie war sie 14 mal negativ und 2 mal positiv. Gerade bei Syphilophobie ist die Reaktion von großem Segen, denn ein mehrfacher, negativer Befund befreit den unglücklichen Syphilophoben nicht nur psychisch, sondern auch faktisch von unnützen Sorgen, während ein positiver Befund dem Arzt die Möglichkeit des energischen Handelns gibt. Der negative Ausfall der Reaktion in den obengenannten, freilich nicht zahlreichen, nicht luetischen Fällen stärkt die Bedeutung der Reaktion für Lues.

Unter 88 Fällen von Schankern, welche klinisch den Eindruck von harten erweckten, noch von keinen allgemeinen Erscheinungen, außer Schwellung der Leistendrüsen, begleitet waren und bisher noch keine merkurielle Behandlung erfahren hatten, fiel die WASSERMANNsche Reaktion in 51 Fällen oder in 57,9 % positiv aus. Bei den übrigen Autoren, deren Namen alle zu erwähnen keinen Zweck hat, da sie als bekannt vorauszusetzen sind, schwankt der positive Befund zwischen 40 und 90 %.

Die von mir gefundene Verhältniszahl kommt derjenigen von Boas[5] in Kopenhagen, welcher 60% gefunden hat, sehr nahe. Die große Differenz von 50% bei den einzelnen Untersuchern findet, wie mit Recht hervorgehoben wird, ihre Erklärung in dem verschiedenen Zeitpunkt, wann der Primäraffekt zur Untersuchung kommt. Es ist versucht worden, genauere Bestimmungen vorzunehmen, wie bald nach der Infektion resp. nach dem Auftreten des Primäraffektes die Reaktion positiv ausfällt. Wie man sich aber denken kann, ist es unmöglich, bei den ungenauen anamnestischen Angaben der Patienten darüber völlige Klarheit zu gewinnen. Bei dem von mir untersuchten, der arbeitenden Klasse entstammenden Krankenmaterial schlugen derartige Versuche total fehl. Nur indirekt konnte ich mich in einigen Fällen, bei denen mehrfach serodiagnostische Untersuchungen vorgenommen wurden, davon überzeugen, daſs die Reaktion erst spät auftritt, da sie in den betreffenden Fällen erst ein bis zwei Wochen vor dem Erscheinen des Ausschlages positiv wurde. Die Angabe von Fischer,[6] daſs man im allgemeinen ein positives Resultat nicht vor sechs Wochen nach der Infektion erwarten kann, dürfte daher stimmen. Unter solchen Umständen muſs man sich fragen, ob die Seroreaktion im Primärstadium von praktischer Bedeutung ist? In der Tat wird von vielen der Nachweis der Spirochaeta pallida als der wertvollere Befund angesehen, weil er schon sehr früh die Diagnose ermöglicht. Gewiſs kann der Spirochätennachweis weit eher die Frage klären, als der serodiagnostische Beweis, aber nicht immer gelingt der Spirochätennachweis, wo es doch später zu allgemeinen Erscheinungen kommt. Ein negativer Spirochätenbefund erlaubt uns noch nicht, Syphilis auszuschlieſsen, woher es der Seroreaktion in einer Reihe von Fällen vorbehalten bleibt, die sichere Diagnosenstellung zu beschleunigen und dadurch einen früheren Beginn der allgemeinen Behandlung zu ermöglichen. Nur eines Falles von positivem Ausfall der Seroreaktion im Primärstadium möchte ich unter meinen Fällen gedenken, der seiner Besonderheit wegen verdient, erwähnt zu werden:

Am 12. Januar 1909 stellte sich mir ein 16jähriger Laufbursche mit einer Phimose des Penis vor, die sich einige Zeit nach einem Coitus eingestellt haben sollte. Unter lokaler Behandlung schwand die Phimose, aber statt dessen entwickelte sich allmählich eine Induration am inneren Präputialblatt, welche den Eindruck einer Sklerose hervorrief. Die Drüsen in der Leistengegend vergröſserten sich. Am 25. März fiel die serodiagnostische Untersuchung positiv aus (††). Da die Diagnose jetzt gesichert schien, wurde von mir mit der spezifischen Kur begonnen. Patient

---

[5] Boas, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 13, S. 588.

[6] Fischer, Die Bewertung der Wassermannschen Reaktion für die Frühdiagnose und die Therapie der Syphilis. *Med. Klinik.* 1909. Nr. 5, S. 173.

erhielt zwei Injektionen einer 2%igen Sublimatlösung und darauf, weil er über Schmerzen nach den Injektionen klagte, zwölf Einreibungen. Zur Fortsetzung der Kur wurde der Kranke auf seine Bitte ins Hospital aufgenommen. Dort meinte aber der behandelnde Kollege, welcher den bisherigen Verlauf nicht kannte, es wäre besser, die Allgemeinerscheinungen abzuwarten. Der Kranke verließs somit wieder das Hospital und kam von neuem zu mir in die Poliklinik. Da mittlerweile einige Zeit vergangen war und das Krankheitsbild sich nicht weiter verändert hatte, beschloſs ich, dem Wunsche des Kollegen Rechnung zu tragen und mit der Fortsetzung der Kur zu warten. Wie groſs war nun meine Überraschung, als alle folgenden Blutuntersuchungen, von denen die letzte am 5. Juli 1909 vorgenommen wurde, negativ ausfielen. Irgendwelche neue klinische Erscheinungen traten auch nicht auf, nur die Induration blieb bestehen. Wie soll man diesen Fall deuten? Da sich weder für einen vor kurzem überstandenen Scharlach, noch für Malaria Hinweise finden lieſsen, muſs es sich nach allen sonstigen Erfahrungen um Lues handeln. Es fragt sich aber, ob es sich um eine frische Infektion oder vielleicht um eine Pseudosklerose bei einem Individuum, welches einmal Lues gehabt hat, handelt? Erst eine längere Beobachtung wird diesen Fall aufklären. Ich neige jetzt mehr zu letzterer Annahme, da es nach meinen bisherigen Erfahrungen unwahrscheinlich ist, daſs bei frischer Lues zwölf Einreibungen und zwei Sublimatinjektionen für so lange Zeit die einmal positive Reaktion zu einer negativen umgestalten können. Im sekundären Stadium mit manifesten Erscheinungen beobachtete ich in 97,5% einen positiven Ausfall der Reaktion, wobei ich mich in Übereinstimmung mit vielen anderen Untersuchern, ganz speziell mit Bruhns und Halberstaedter,[7] befinde, welche einen positiven Befund von 98% erhielten. Von sonstigen Untersuchungsergebnissen erwähne ich zum Vergleich nur noch diejenigen einiger russischen Kollegen; so z. B. erhielten: Tschernogubow[8] in 80%, Korschun und Merkurjew[9] in 91%, Tschiknawerow[10] in 92% und Masslakowetz und Liebermann[11] in 100% eine positive Reaktion.

---

[7] Bruhns und Halberstaedter, Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4, S. 149.

[8] Tschernogubow, Zur Technik der Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck. *Praktitscheski Wratsch.* 1908. Nr. 25—28.

[9] Korschun und Merkurjew, Die Technik und die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis. *Charkower med. Journ.* Charkow 1909. Bd. VII, Nr. 4.

[10] Tschiknawerow, Die Wassermannsche Probe bei Syphilis, Scharlach und Malaria. *Russki Wratsch.* 1909. Nr. 26, S. 876.

[11] Masslakowetz und Liebermann, Zur Technik der Wassermannschen Reaktion. *Russki Wratsch.* 1909. Nr. 20, S. 679.

Im tertiären Stadium mit manifesten Erscheinungen habe ich, im Gegensatz zu den meisten Autoren, deren Ergebnisse sich kaum von denen bei sekundärer Syphilis mit manifesten Erscheinungen unterscheiden, nur in 67,3% eine positive Reaktion erhalten. Aus den Angaben der Autoren geht aber nicht klar hervor, ob dieselben unter manifesten tertiären Erscheinungen nur die klinisch unzweifelhaften verstehen oder auch die zweifelhaften mit einbegriffen haben. Von mir sind nämlich auch die zweifelhaften Erscheinungen zu den tertiären gerechnet worden, wodurch sich vielleicht die Differenz erklärt. Es litten von den 17 Personen meiner Statistik im tertiären Stadium mit manifesten Erscheinungen und negativer WASSERMANNscher Reaktion:

an Kopfschmerzen	4	Personen
„ Rhinitis resp. Ozaena	3	„
„ Periostitis	2	„
„ oberflächlichen Ulcerationen des Rachens resp. der Nase	2	„
„ Leukoplakie	2	„
„ Iritis	2	„
„ Knochenschmerzen	1	Person
„ akneartigem Ausschlag	1	„
in Summa	17	Personen.

Es sind also, bis auf die Periostitis, Erscheinungen, die nicht mit absoluter Gewiſsheit auf Syphilis bezogen werden müssen, denn ebenso wie die Kopf- und Knochenschmerzen nicht spezifischer Natur zu sein brauchen, können auch Rhinitis, Leukoplakie usw. ohne Zusammenhang mit der früheren Syphilis sein. BLASCHKO[12] und L. MEIER[13] haben gleichfalls bei Periostitis häufig einen negativen Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion bekommen, was letzterer dadurch zu erklären glaubt, daſs durch die Periostitis das Knochenmark als Bildungsstätte des Ambozeptors mehr angeregt wird, wodurch mehr natürlicher Ambozeptor als sonst im Blut enthalten ist.

In zwei Fällen von Tabes erwies sich die Reaktion, wie auch sonst meist angegeben wird, nach meiner Beobachtung positiv. Die Anzahl meiner Fälle ist aber so klein, daſs sie weiter nicht in Betracht kommt.

Bei latenter Syphilis, d. h. Personen, die Syphilis gehabt haben, aber zurzeit ohne Erscheinungen sind, fiel bei denjenigen unter ihnen, welche in den ersten drei Jahren nach der Infektion standen, die Reaktion bei 105 Personen resp. 59,3% positiv und bei 72 resp. 40,7% negativ aus. Diese Zahlen haben aber meiner Ansicht nach nur ein sehr geringes

---

[12] BLASCHKO, Über die klinische Verwertung der WASSERMANNschen Reaktion. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. S. 383.

[13] Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909. Bd. 96, S. 104.

Interesse, weil ein grofser Teil dieser Personen vor kurzem eine Behandlung durchgemacht hat, wodurch die negative Reaktion bedingt sein kann. Gröfseres Interesse beansprucht das Verhalten der Reaktion bei Personen, deren Syphilis mehr als drei Jahre zurückliegt und die längere Zeit nicht behandelt worden sind. Solcher gab es unter meinen Fällen 48 resp. 41,7 % mit positiver und 67 resp. 58,3 % mit negativer Reaktion. Es besteht also fast das umgekehrte Verhältnis wie bei den Personen, deren Syphilis noch nicht drei Jahre zurückliegt. Zu ungefähr denselben Resultaten sind ebenso die meisten übrigen Autoren gekommen, denn beispielsweise fanden:

Ledermann[14] bei frühlatenter, behandelter Lues eine positive Reaktion in 78,8 %,
bei spätlatenter, behandelter Lues eine positive Reaktion in 41,1 %,
Fritz Lesser[15] in der Frühperiode bei fehlenden Symptomen eine positive Reaktion in 67,0 %,
in der Spätperiode bei fehlenden Symptomen eine positive Reaktion in 46,0 % und
Bruhns und Halberstaedter[16] bei latenter Syphilis im Frühstadium eine positive Reaktion in 43,4 %,
bei latenter Syphilis im Spätstadium eine positive Reaktion in 28,0 %.

Diese somit auch von anderen beobachteten starken Unterschiede im Vorkommen der positiven Reaktion bei Früh- und Spätlatenten drängen einem unwillkürlich die hoffnungsvolle Frage auf, ob das nicht der besseren Behandlung der im Spätstadium befindlichen Personen zugute zu schreiben ist. Rechnen wir zu den schlecht behandelten Fällen alle diejenigen, welche gar nicht oder nur mit ein bis drei Kuren behandelt worden sind, so fanden sich solche unter meinen Kranken im Spätstadium zu 33,4 % mit positiver und zu 38,4 % mit negativer Reaktion. Solche dagegen, welche vier und mehr Kuren durchgemacht hatten, somit als einigermafsen gut behandelt gelten können, fanden sich 66,6 % mit positiver und 71,6 % mit negativer Reaktion. Ein überraschendes Resultat, welches auf den ersten Blick dafür zu sprechen scheint, dafs es für die Reaktion ganz gleichgültig ist, ob der Kranke mit Quecksilber behandelt worden ist oder nicht. Um die Wirkung einer Hg-Kur auf die Reaktion zu ergründen, liefs ich in einer, bisher freilich nur kleinen Anzahl von Fällen mit positiver Reaktion vor der Behandlung dieselbe gleich nach der Kur prüfen. Folgende Tabelle gibt darüber Auskunft:

---

[14] Ledermann, Über die Technik der Serumdiagnostik bei Lues nebst allgemeinen Bemerkungen über ihren Wert in der ärztlichen Praxis. *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1909. Jahrg. VI, Nr. 7.

[15] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. S. 379.

[16] *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. S. 149.

Tabelle II.

Nach der Behandlung zeigten:

Diagnose	Gesamtanzahl der Fälle	Anzahl der Fälle mit negativem Ausfall der Reaktion	Negative Reaktion in Prozenten	Anzahl der Fälle mit positivem Ausfall der Reaktion	Positive Reaktion in Prozenten
Im Primärstadium befindliche Kranke	5	3	60 %	2	40 %
Im Sekundärstadium befindliche Kranke	39	25	64,1 %	14	35,9 %
Im Tertiärstadium befindliche Kranke	10	1	10 %	9	90 %
In Summa	54	29	53,6 %	25	46,4 %

Wir ersehen hieraus, daſs die WASSERMANNsche Reaktion durch eine Kur im Primärstadium in 60%, im Sekundärstadium in 64% und im Tertiärstadium in nur 10% negativ wird. Einerseits spricht dieses für einen Einfluſs des Quecksilbers auf die Reaktion in allen drei Stadien, andererseits aber freilich, daſs diese Wirkung im primären und sekundären Stadium leichter erzielt wird, als im tertiären Stadium. Zu ähnlichen Resultaten sind PÜRCKHAUER[17] und MERZ[18] gekommen. Wenn auch nach einiger Zeit die Reaktion wieder positiv wird, oft schon nach ein bis drei Monaten, ausnahmsweise, wie in einem Fall meiner zwar nicht zahlreichen Beobachtungen, erst nach acht Monaten, so bleibt doch die Tatsache bestehen, daſs wir serodiagnostisch eine Wirkung der Quecksilberbehandlung nachzuweisen imstande sind. Der erwähnte seltsame Befund, daſs sich unter den Plus- und Minusreaktionen der im Spätstadium befindlichen Personen so ziemlich gleich viele gut wie schlecht behandelte Patienten befinden, kann somit nicht dadurch erklärt werden, daſs dem Quecksilber keine Wirkung auf die Reaktion zukommt. Die Erklärung muſs, wie ich glaube, darin gesucht werden, daſs der eine Patient mehr Quecksilber als der andere nötig hat, damit die Reaktion für längere Zeit oder vielleicht dauernd negativ wird.

Die Hauptbedeutung der serodiagnostischen Untersuchung liegt, wie mir scheint, darin, daſs wir jetzt, abgesehen von dem klinischen Befund, eine noch feinere, augenblicklich freilich noch etwas kostspielige Probe

[17] PÜRCKHAUER, Wie wirkt die spez. Therapie auf die WASSERMANN - A. NEISSER-BRUCKsche Reaktion ein? *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14, S. 698.

[18] MERZ, Über die klinische Verwendbarkeit der WASSERMANN-NEISSER-BRUCKschen Seroreaktion. *Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 10, S. 329.

haben, um uns über den Zustand des Kranken aufzuklären. Wie oft wir im sekundären resp. im tertiären Stadium bei positivem Ausfall der Reaktion und fehlenden klinischen Erscheinungen werden behandeln müssen, das wird natürlich erst nach Jahren klar werden. Ebenso wird es gewifs noch eine Zeitlang dauern, bis die andere Frage, was die Plus- resp. Minusreaktion genauer ausdrückt, entschieden sein wird. Bewahrheitet sich der von Neisser[19] u. a. vertretene Standpunkt, dafs die positive Reaktion ein Symptom noch bestehender Lues ist, so würde das schon von grofser Bedeutung für unser Handeln sein. Noch bedeutungsvoller wäre es aber, wenn mehrfache Minusreaktionen, speziell im späteren Stadium der Krankheit oder bei Personen, die an Syphiliphobie leiden, uns sicher anzeigen würden, dafs man die Syphilis nun als geheilt ansehen kann resp. dafs der Betreffende nie Syphilis gehabt hat. Bisher hiefs es immer, dafs die Minusreaktion nichts bedeute. Wenn das der Fall wäre, dann würden in der Tat die verschiedenen Skeptiker, unter denen ich nur Prof. Kopp[20] in München und Prof. Selenew[21] in Charkow nennen will, recht haben, dafs der Wassermannschen Reaktion nur eine geringe praktische Bedeutung zukommt. In der letzten, eben zitierten Arbeit von Prof. A. Neisser heifst es aber weiter, dafs „wiederholt festgestellte negative Reaktionen für die günstige Auffassung eines Falles äufserst wertvoll sind“. Das gibt für uns Ärzte eine ganz andere Handhabe; für die unglücklichen Syphilitiker, die bisher doch nie wufsten, woran sie waren, endlich einen verheifsungsvollen Lichtblick. Eigentlich wäre es ja auch unlogisch, der positiven Reaktion eine so hohe Bedeutung zusprechen und mehrfachen, viele Jahre nach der letzten Hg-Behandlung, bei Personen ohne jede klinisch nachweisbare Erscheinung gefundenen Minusreaktionen jeden Wert absprechen zu müssen. Selbstverständlich kommen nur mehrfache, in längeren Zeiträumen gewonnene Minusreaktionen in Betracht, eine einzige Minusreaktion kann vom Zufall abhängen und bedeutet daher wenig. Kurz streifen möchte ich zum Schlufs zwei Fragen, welche beim ambulatorischen Material eines Hospitals zwar kaum zu näherer Beleuchtung kommen, aber sonst von hohem Interesse sind, das ist einerseits die Frage, wie wir Ärzte uns bei positivem Ausfall der Reaktion in bezug auf Eheerlaubnis resp. Eheverbot stellen sollen, und andererseits die Frage, wie sich die Reaktion bei den Frauen verhält, deren Männer kurz vor der Heirat Lues gehabt haben. Was den ersteren Punkt betrifft, so stimme ich dem allgemeinen Standpunkt bei, dafs

---

[19] Neisser, Über die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose für die Praxis. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21, S. 1076.

[20] Kopp, Über die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose der Syphilis für die Praxis. *Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19, S. 957.

[21] Selenew, Die negativen Seiten der Wassermannschen Reaktion. *Russ. Zeitschr. f. Haut- u. vener. Krankh.* 1908. Bd. XVI, S. 247.

trotz positiver Reaktion die Ehe erlaubt werden kann, wenn fünf Jahre seit der Infektion verstrichen sind resp. wenn der Patient wenigstens ein Jahr lang rezidivfrei geblieben ist. Hinsichtlich des zweiten Punktes möchte ich mir nur erlauben, ein Beispiel aus meiner Privatpraxis zu referieren. Bei einer Frau, die vor vier Jahren geheiratet und in dieser Zeit viermal abortiert hatte, fanden sich klinisch nicht die geringsten Zeichen von Lues. Desgleichen fehlten dieselben auch beim Mann, welcher aufserdem eine luetische Infektion strikt in Abrede stellte. Bei beiden fiel die serodiagnostische Untersuchung stark positiv (††††) aus. Wenn wir zwar auch bisher in solchen Fällen stets zu einer spezifischen Kur beider Ehegatten rieten, kann es uns doch nur angenehm sein, wenn wir, aufser den syphilisverdächtigen Aborten, noch irgendwelche positiven Beweise für die Annahme von Lues finden.

Mag auch die serodiagnostische Untersuchung nur einen Teil unserer Wünsche erfüllen, so ist ihr dennoch eine praktische Bedeutung nicht abzusprechen. Was sie leistet, sei in folgenden Sätzen kurz zusammengefafst:

1. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion spricht, abgesehen von wenigen, uns genau bekannten Fällen, für Lues, sei es manifeste oder latente;
2. der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion mahnt zur Vorsicht in der Deutung der vorhandenen Krankheitserscheinungen als luetische;
3. die Wassermannsche Reaktion liefert eine Kontrolle über die Wirkung des Quecksilbers.

Zum Schlufs spreche ich auch an dieser Stelle Herrn Kollegen M. Wermel meinen Dank für seine mühevollen Untersuchungen aus, welche diese kleine Betrachtung ermöglichten.

Beitrag zur Pathogenese der Angiokeratome.

Vom

Privatdozenten Dr. S. C. Beck.

Seitdem Mibelli im Jahre 1889 den Namen des Angiokeratoms geschaffen und fast gleichzeitig mit Dubreuilh und Pringle uns mit dem klinischen und pathologisch - anatomischen Bilde und der Ätiologie dieser Krankheit bekannt machte, ist das Krankheitsbild des Angiokeratoms von den meisten einhellig anerkannt worden. Beinahe sämtliche mit dem Angiokeratom sich beschäftigenden Autoren sind der Ansicht, daſs das Angiokeratom, welches heute nicht mehr zu den selten beobachteten Hautveränderungen gehört, eine Krankheit sowohl des Kindes- wie des reiferen Alters ist. Das erste Auftreten der Krankheit fällt immer in das Kindesalter und steht in engem Zusammenhang mit den in diesem Alter häufigen Frostbeulen oder mit jener lokalen Asphyxie der Extremitäten, die wir bei anämischen, schwachgebauten Kindern hauptsächlich in den kälteren Jahreszeiten sehr oft beobachten können. Die Frostbeulen treten gewöhnlich einige Jahre vor der Entwickelung der Angiokeratome auf; später, wenn die Angiokeratome sich schon entwickelt haben, bilden sich nach jeder Winterperiode an Händen und Füſsen neue Angiokeratome und bilden dann Veränderungen, welche nur durch mechanisch-therapeutische Eingriffe (Elektrolysis, Thermokauter) zu beseitigen sind. Wesentlich bestehen die Angiokeratome aus kapillaren Gefäſserweiterungen, welche stecknadelkopf-, hirse-, höchstens linsengroſs werden, über die Hautoberfläche sich etwas hervorwölben und nach Verdeckung der oberen Epidermislagen bläulich durchscheinende, verruköse Gebilde darstellen. Ihr ursächlicher Zusammenhang mit den Frostbeulen ist heute schon allgemein anerkannt. Nichtsdestoweniger sind einige Fälle beschrieben, wo dieses ätiologische Moment nicht nachweisbar war, so daſs mehrere Autoren demzufolge das Entstehen der Angiokeratome nicht ausschlieſslich der Perniosis zuschreiben. Zu den nicht durch Frost entstandenen Angiokeratomen gehören in erster Reihe jene Fälle, die an solchen Körperteilen beobachtet wurden, wo die unter dem Namen Pernio und Perniosis bekannten Zirkulationsstörungen niemals vorkommen. Hierher gehören die Fälle von Fordyce[1] und Buschke[2] am Skrotum und der Fall von

[1] Fordyce, Angiokeratoma of the scrotum. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1896.
[2] Buschke, Krankenvorstellung in der Berl. dermat. Ges. 4. Nov. 1902.

Anderson,[3] wo nebst dem Skrotum auch auf den Schenkeln und dem Oberkörper Angiokeratome auftraten.

Außer diesen sind aber auch noch andere Fälle bekannt geworden, welche beweisen, daß selbst an den Extremitäten, an Händen und Füßen, also an den typischen Stellen der auf Perniones folgenden Angiokeratome diese Veränderung auftreten kann ohne die gewöhnlichen Antezedentien, ohne Frostbeulen, ohne die geringste Spur von Cyanose. Einen solchen Fall beobachtete Joseph und einen Ehrmann; hierher gehört Truffis[4] Fall, einen 24jährigen Arzt betreffend, der zwar im Kindesalter an Frostgeschwüren litt, aber in den dem Angiokeratom vorhergehenden acht Jahren keine Perniones hatte. Auch Rau[5] rechnet seinen Fall hieher, obzwar bei diesem, wenngleich nicht nachweisbar vor Auftreten der Angiokeratome, immerhin aber während der Beobachtung, gleichzeitig mit dem Angiokeratom auch Frosterscheinungen vorhanden waren.

Viele wollen die Angiokeratome in die Gruppe der Tuberkulide reihen und begründen ihre Annahme einerseits mit der gleichzeitig vorhandenen Tuberkulose anderer Organe, andererseits mit dem histologischen Befund, da die bei Angiokeratom auftretenden Blutgefäßveränderungen mit jenen bei anderen Tuberkuliden beobachteten identisch sein sollen. Diese Ansicht vertreten Leredde und Milian,[6] Pautrier,[7] Frohwein[8] und andere.

Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, einen interessanten Fall von Angiokeratom zu untersuchen. Ich hatte zwar den Kranken bloß einmal gesehen, jedoch die Umstände, unter welchen die Angiokeratome in diesem Falle auftraten, lohnen sich der eingehenderen Betrachtung. Der Fall, den ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. A. Spitzer verdanke, ist folgender:

K. D., 66 Jahre alt, ehemaliger Kaufmann aus Homonna, führt das Entstehen seiner Hautkrankheit auf die Zeit vor zwei Jahren zurück, zu welcher Zeit er gegen rheumatische Schmerzen seiner Extremitäten Alaunbäder und Sinapismen gebrauchte. Der Kranke schreibt die an Händen und Füßen bestehenden Veränderungen, von denen die an den Händen ihm keinerlei Unannehmlichkeiten verursachen, den Folgen obgenannter Behandlung zu. Derzeit quälen ihn heftige Schmerzen in den Schultergelenken und Muskeln, besonders am rechten Arm, auf welcher Seite auch

---

[3] Anderson, A case of angiokeratoma. *The Brit. Journ. of Derm.* 1898.

[4] Truffi, *Giorn. ital. delle mal. ven. etc.* Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Band 36.

[5] Rau, Über einen Fall von Angiokeratom. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40.

[6] Leredde und Millian, *Ann. de derm. et de syph.* 1898. Heft 12.

[7] Pautrier, Über die tuberkulöse Natur der Angiokeratome und über familiäre Tuberkulide. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904. Bd. 69.

[8] Frohwein, Zur Angiokeratomfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42.

die an den Händen befindlichen Hautveränderungen bedeutend hochgradiger sind als auf der linken Seite. Der Kranke ist übrigens für sein Alter bei gutem Kräftezustand und klagt auch sonst über keinerlei Beschwerden. An irgendwelcher Hautveränderung, die durch Kältewirkung entstanden wäre — Zirkulationsstörungen, Frostgeschwüre — hat er niemals gelitten, und man kann auch derzeit keinerlei Spuren von solchen finden. Auf seiner Haut sind folgende Veränderungen bemerkbar: Auf dem rechten Handrücken — bloſs 1—5 mm voneinander entfernt — sind stecknadelkopf- bis hanfkorngroſse, dunkelblaue, leicht zusammendrückbare, elastische mit Blut gefüllte, über die Haut sich erhebende kleine Geschwülstchen vorhanden, welche beinahe die ganze Streckseite der Hand bedecken. Die Epidermis dieser Geschwülstchen zeigt makroskopisch keine Veränderung; sie ist weder verdickt noch verdünnt. Ähnliche Gebilde sind auch an der Beugeseite der rechten Handgelenkgegend vorhanden, doch stehen hier dieselben schon weniger dicht nebeneinander und erstrecken sich auf einen zirka fünfmarkstückgroſsen Fleck. Die Finger selbst sind frei, bloſs zwischen den Fingern ist eine schmutziggraue, feinschuppende Hyperkeratose sichtbar. Auf dem rechten Handteller sind etwa 50—60 stecknadelkopf- bis linsengroſse, bläulich livid durchscheinende Gebilde, welche an ihrer Oberfläche mit schmutziggrauen Hornmassen bedeckt sind und die nach Angabe des Patienten bei Verletzung stark bluten. Die Palmarseite der Finger ist ebenfalls frei und zeigt bloſs von mechanischen Insulten stammende Hyperkeratose. Auf der Mitte des rechten Oberarmes sind in hellergroſser Ausdehnung Gruppen von einigen den an der Hand befindlichen lividen Tumoren ähnliche Gebilde, neben denselben einige linsengroſse bräunliche, konsistentere Knötchen sichtbar. Die ganze Stelle war angeblich mit Hornschuppen bedeckt. Die braunen Gebilde stammen wahrscheinlich von Läsionen, welche mit Zurücklassung von Pigmentation involvierten.

Die Epidermis des linken Handrückens ist beinahe ganz intakt, bloſs ein bis zwei bläuliche zerstreut liegende Geschwülstchen sind da sichtbar, während auf dem linken Handteller genau den oben beschriebenen ähnliche, bläulich durchscheinende Warzen sich befinden, nur in geringerer Zahl. Auf der äuſseren und inneren Seite des linken Fuſses, an den Fersen und gegen den Fuſsrücken zu ist eine scharf begrenzte, gelblichrote, schuppende Läsion vorhanden, welche hier und da dickere Hornauflagerungen besitzt und welche einen brennend-juckenden Schmerz verursacht. Diese Veränderung greift auch auf die Sohle über, wo sie unregelmäſsig gestaltete desquamierende Flecken bildet. Auf dem rechten Fuſse ist die Veränderung bloſs in der Nähe der groſsen Zehe sichtbar. Von den an den Händen befindlichen Veränderungen ist an den Füſsen keine Spur vorhanden.

Diagnose: Angiokeratoma Mibelli manuum. Ekzema keratodes pedum.

In unserem Falle ist die Diagnose des Angiokeratoms unzweifelhaft. Die Läsionen der Handteller zeigen die gesamten Charakteristica der Erkrankung, so daſs wir gar keine andere Diagnose stellen können, wollen wir uns nicht auf den starren Standpunkt Dubreuilhs[9] stellen, der der Perniosis, als ätiologischem Momente, eine derartige Wichtigkeit beilegt, daſs er in Ermangelung einer solchen die Möglichkeit der Entstehung des eigentlichen wirklichen Angiokeratoms leugnet. Dieser Standpunkt ist meiner Ansicht nach unhaltbar. Wir könnten zwar behaupten, daſs es sich im gegenwärtigen Falle nicht um Angiokeratom handelt, da die vorangehenden durch Kälteeinwirkung verursachten Läsionen fehlten, sondern daſs wir multiplexe miliare Angiektasien und Angiomabildung vor uns haben, welche an den Handtellern, wo zufolge anatomischer Struktur der Haut sehr viele Hautkrankheiten zu Hornwucherungen neigen, an anderen Stellen hingegen ohne diese verlaufen, zur verrukösen Hyperkeratosis führte. In dieser Umschreibung jedoch sind die Postulate des klinischen Bildes vom Angiokeratom deutlich enthalten. Es ist somit nicht richtig, bloſs deshalb, weil diese Gebilde zumeist nach Frostgeschwüren aufzutreten pflegen, die in jeder Hinsicht identischen Veränderungen von den Angiokeratomen ausschlieſsen zu wollen und sie nur deshalb, weil sie ohne vorhergegangene Perniones entstanden sind, mit anderem Namen zu bezeichnen. Es ist vielmehr viel richtiger, wenn wir, gestützt auf unsere eigenen und auf die Erfahrungen anderer, anerkennen, daſs die Angiokeratome zwar in den meisten Fällen nach Frostgeschwüren auftreten, doch zuweilen auch ohne diese, aus anderen Ursachen entstehen können. Eine solche Ursache bot in unserem beschriebenen Falle die mit dem hohen Lebensalter einhergehende Veränderung der Haut und ihrer Blutgefäſse. Die im Greisenalter auftretende Hautatrophie, die verringerte Elastizität der Gewebe, die Veränderungen in den Blutgefäſsen solcher atrophischen Haut führen sehr oft zur Angiombildung, oder richtiger zu Angiektasien, welche hauptsächlich auf dem Rumpf, jedoch auch an anderen Körperstellen auftreten können. Eine Hyperkeratose pflegt sich über den Angiektasien gewöhnlich nicht auszubilden. Wenn jedoch Angiektasien ausnahmsweise an solchen Körperteilen auftreten, die schon unter normalen Umständen eine verdickte Hornschichte besitzen, und wo schon die verschiedenartigsten Veränderungen, z. B. Ekzeme, Syphilide, ja manchmal sogar Hyphomykosen (Trychophyton) usw., zur Hypertrophie der Hornschicht Anlaſs geben, dort können sodann über den Angiektasien und Angiomen Hyperkeratosen entstehen. Die Handteller und Sohlen sind besonders geeignete Stellen für Hyperkeratosebildung. Wenn sich daher

---

[9] Dubreuilh, Angiokeratomes: Traité pratique des Maladies de la peau Besnier, Brocq, Jacquet. 1900.

in solchen Ausnahmefällen, wie der oben beschriebene, an den Handtellern senile Angiektasien bilden, ist es leicht erklärlich, daſs über diesen auch Keratom entsteht.

Unter den bisher publizierten Angiokeratomfällen hat mein Patient das höchste Lebensalter gehabt; das ist gleichzeitig ein Beweis dafür, daſs derartige lokale Zirkulationsstörungen, welche zur Bildung von Angiokeratomen führen, nicht nur im Kindes-, sondern auch im Greisenalter auftreten können. Im Kindesalter können die Frostbeulen, im Greisenalter die senile Angiektasie die auslösende Ursache sein.

Versammlungen.

Vom XVI. Internationalen medizinischen Kongreſs in Budapest
(28. August bis 4. September 1909).

Originalbericht von F. Lewandowsky-Hamburg.

Über den glänzenden Verlauf des XVI. Internationalen medizinischen Kongresses haben Tages- und Fachpresse schon berichtet. Wer von den groſsen allgemeinen Sitzungen mit ihren interessanten Tagesordnungen gelesen hat, von den prunkvollen Festen, in denen ungarische Gastfreundschaft ihren alten Ruhm bewährte, und wer Budapest kennt und weiſs, was diese schöne Stadt dem staunenden Fremden an Sehenswertem bietet, wird kaum glauben, daſs für die Arbeit in den Sektionen noch viel Zeit übrig blieb. Und doch hat auf diesem Kongresse die dermatologische Sektion an jedem der fünf Tage 6—7 Stunden Sitzung gehalten. Die Zahl der Referate und Vorträge war in der Tat auſserordentlich; und dabei fiel noch ein groſser Teil der angekündigten Vorträge weg, weil ihre Autoren — leider auch manche Hauptreferenten, auf die man sich allgemein gefreut hatte — nicht erschienen waren. Das Material gleichmäſsig auf die einzelnen Sitzungen zu verteilen und dabei für die wichtigsten Gegenstände ausreichende Diskussionszeit zu lassen, war bei dem Rededrang mancher Teilnehmer keine leichte Aufgabe. Herr Prof. Róna, der Präsident der Sektion, hat sie glänzend gelöst und auch im übrigen den dermatologischen Teil des Kongresses in einer Weise organisiert, die über jedes Lob erhaben ist.

Das Niveau der Verhandlungen war im ganzen ein recht hohes; doch gab es eigentlich keine Überraschungen oder Sensationen. Das liegt daran, daſs in jeder Wissenschaft magere Jahre mit fetten abwechseln. Gerade nach den groſsen Entdeckungen in der Syphilidologie, die den beiden letzten deutschen dermatologischen Kongressen ihren Stempel aufdrückten, ist jetzt ein gewisser Stillstand eingetreten. Über die Spirochaete pallida läſst sich nicht viel neues mehr sagen; daher ging auch Hoffmann in seinem Referat hauptsächlich auf die in letzter Zeit unternommenen Kulturversuche ein. Er demonstrierte eine von Mühlens nach dem modifizierten Schereschewskyschen Verfahren hergestellte **Reinkultur von Spirochäten**, die sich mikroskopisch nicht von der Pallida unterscheiden lassen. Diese Kulturen haben sich aber bisher — man möchte sagen: leider — im Impfexperiment bei Affen als nicht pathogen erwiesen. Daraus aber schon einen Beweis gegen die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida entnehmen zu wollen — wozu Schereschewsky neigt — geht

doch wohl zu weit. HOFFMANN betonte demgegenüber mit Recht, daſs es sich nur um einen Virulenzverlust in künstlichen Kulturen handeln könne.

Über die **WASSERMANNsche Reaktion** ist in der letzten Zeit soviel publiziert worden, daſs sich bei dem ärztlichen Publikum eine groſse Ermüdung bemerkbar macht. Darunter hatten die an sich vortrefflichen, auf mühevoller Arbeit beruhenden Vorträge zu leiden, die über dieses Thema von BREZOVSZKY (aus der RÒNAschen Klinik), BASCH, BRUHNS, MARSCHALKÓ, NOBL gehalten wurden. Der hohe diagnostische Wert der Reaktion wird von allen bestätigt.

In der Dermatologie gibt es zurzeit kaum ein Thema, das im Brennpunkt des allgemeinen Interesses steht. Auch die **Angioneurosen** haben eine solche zentrale Bedeutung sicher nur für den einen Autor, der sich schon seit Jahren ihrem Studium mit unermüdlichem Eifer widmet, für KREIBICH. Neue Argumente hat er diesmal kaum gebracht und wohl auch seiner Lehre wenig neue Anhänger gewonnen. Dem Unbefangenen erscheint KREIBICHs Standpunkt einseitig, seine Schluſsfolgerungen zu weitgehend. Die alten Gegner TÖRÖK und PHILIPPSON und auch ROSENTHAL faſsten sich ziemlich kurz. UNNA ergriff gleichsam als Unparteiischer in diesem Kampfe das Wort. Er gab einen historischen Überblick über die Entwicklung der Angioneurosentheorie. Aber so sehr er sich bemühte, dem Streben KREIBICHs gerecht zu werden, kam er doch zu dem Schlusse, daſs in der Hautpathologie eigentlich recht wenige Erscheinungen übrig bleiben, für die man die Vorstellung einer Angioneurose beibehalten könne.

Der Diskussion über den **Lupus erythematodes** fehlte das Fundament dadurch, daſs das JADASSOHNsche Referat über die Pathologie dieser Krankheit ausfiel. MALCOLM MORRIS beschränkte sich in seinem Bericht über die Therapie des Lupus erythematodes auf eine Zusammenstellung der gebräuchlichen Heilverfahren, und ULLMANN machte in einem längeren Vortrage wieder den Versuch, den Lupus erythematodes als tuberkulöse Erkrankung darzustellen, was natürlich von vielen Seiten Widerspruch hervorrief. Interessanter gestalteten sich die Verhandlungen über die **Therapie des Lupus vulgaris.** „Mit Rücksicht auf die Pathogenese" hatte eigentlich das Thema gelautet, und PHILIPPSON, als Vorsitzender in dieser Sitzung, rügte es, daſs von den Referenten darauf keine Rücksicht genommen sei. Aber diese letztere Tatsache scheint nur dafür zu sprechen, daſs die Fragestellung an sich etwas verfehlt war. Ob ein Lupus exogen oder hämatogen entstanden ist, dürfte für die lokale Therapie — und ohne eine solche wird man wohl nur selten auskommen — ganz gleichgültig sein. Daſs man bei einem Lupösen mit einer inneren Tuberkulose auch diese zu beeinflussen sucht oder tuberkulöse Drüsen, in denen man eine Infektionsquelle für die Haut vermutet, exstirpiert, ist selbstverständlich. Alle Redner waren wohl darin einig, daſs es eine in allen Fällen überlegene Methode der Lupusbehandlung nicht gibt, sondern daſs die Kunst darin liegt, unter den vielen uns zu Gebote stehenden guten Mitteln das für den Fall geeignetste auszuwählen, wohl mehr mit Rücksicht auf die Lokalisation als auf die Pathogenese. Daſs jeder trotzdem seine Lieblingsmethoden hat — besonders wenn er sich selber um ihren Ausbau verdient gemacht hat — ist ja ganz natürlich. So befürwortete LANG wieder warm das von ihm mit so groſsartigem Erfolge durch viele Jahre hindurch ausgeführte chirurgische Verfahren. BROCQ empfahl die multiplen Skarifikationen; er habe, so erzählte er, seit 1900, als die verschiedenen neuen physikalischen Heilverfahren aufkamen, bis vor kurzem keinen Lupus mehr behandelt, um zu sehen, ob die neuen Methoden seiner Kollegen tatsächlich im stande wären, den Lupus rascher und besser zu heilen als die alten Behandlungsarten. Dies sei sicherlich nicht immer der Fall, und er sei daher jetzt zu dem alten von ihm wie früher von VIDAL mit so gutem Resultate geübten Skarifikationsverfahren zurück-

gekehrt (von dessen glänzenden Effekten in Brocqs Hand sich Referent in Paris durch Augenschein überzeugen konnte). Veiel kam später in seinem sehr objektiv und kritisch gehaltenen Referat über die **Licht- und Schattenseiten der physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten** nochmals auf die Lupustherapie zu sprechen. Von der Röntgentherapie allein hat er keine radikalen Heilungen gesehen, nach kleinchirurgischen Eingriffen einige Male unangenehme Zwischenfälle erlebt. Der **physikalischen Therapie** war der ganze letzte Tag gewidmet. Während an den vorhergehenden Tagen die deutsche Sprache dominiert hatte, gehörte dieser Tag recht eigentlich den französischen Kollegen und bedeutet einen grofsen Triumph für sie. In der Radium- und Röntgentherapie haben sie heute wohl die Führung, weil sich bei ihnen Dermatologen, Pathologen und Physiker zur Ausarbeitung der Methoden vereinigt haben. Für die Radiumtherapie gebürt das Hauptverdienst in theoretischer Beziehung wohl Dominici, während die praktischen Erfolge von Wickham und Degrais in der Naevus- und Epitheliombehandlung, über die Wickham einen durch zahlreiche Demonstrationen erläuterten Vortrag hielt, geradezu verblüffend sind. Gröfstes Interesse erregte auch das nach Form und Inhalt vollendete Referat von Lenglet über die Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten.

Von denjenigen Vorträgen, an die sich eine gröfsere Diskussion nicht anschlofs, mufs an erster Stelle Unnas Vortrag über **Verhornung** genannt werden. Zum ersten Male stellt sich hier die Dermatologie die Aufgabe, fundamentale Fragen der physiologischen Chemie zu beantworten und hat sie zum Teil schon gelöst. Ganz neue Methoden sind geschaffen worden, die auch für das fernere Studium der pathologischen Verhornungen weite Perspektiven eröffnen. — Brocq sprach mit der bekannten Meisterschaft klinischer Beschreibung über einige **abnorme Formen der Lichenifikation.** Aufserdem schilderte er ein mit Pautrier zusammen studiertes Krankheitsbild, das **Angiolupoid,** eine meist seitlich der Nasenwurzel auftretende herdweise Erkrankung von bläulich-rötlicher Farbe, dem Lupus erythematodes ähnlich aber ohne Schuppung, histologisch von ausgesprochen tuberkuloider Struktur. — Oppenheim trug für Finger die Schlufsfolgerungen des Referates über **Hautatrophien** vor und schlofs daran den Bericht über eigene histologische Untersuchungen. Über denselben Gegenstand hielt auch Ehrmann einen gehaltvollen Vortrag. Leider können hier im Rahmen eines vorläufigen Berichtes nicht einmal die Namen aller genannt werden, die durch interessante Mitteilungen die Sektionsverhandlungen bereicherten. Wir wollen nur noch erwähnen Dariers umfassendes Referat über die **subcutanen Sarkoide,** die Vorträge von Beck über die **Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter,** Guszmann über **Syphilisrezidive und über Angiokeratoma Mibelli,** Kanitz und Veress über **Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum,** Fasal über **seltene Hauttumoren,** Winternitz über die **Chemie** und Kanitz über **die Mikroskopie des Blutes bei Lues,** Vauckes (für de Beurmann) über **Sporotrichose.** Die Sporotrichosenfrage soll auf Antrag von Kreibich auf einem nächsten Kongrefs einen Hauptverhandlungsgegenstand bilden.

Aber nicht nur Theoretisches haben wir zu hören bekommen. Eine ganze Reihe seltener Fälle wurden demonstriert durch die Herren Róna, Török, Havasz, Nekam, Beck, Basch, Justus u. a. Da waren unter anderen Fälle von Rhinosklerom, das in Ungarn nicht selten ist, von Xanthoma tuberosum, ein typischer Fall von Pityriasis rubra pilaris und ein atypischer psoriasisähnlicher, der zu einer längeren Diskussion Anlafs gab, idiopathische Hautatrophien und Sklerodermien, eine Akrodermatitis atrophicans mit eigentümlich fibrösen Tumoren der Ellenbogengend, mehrere Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, ein multiples hämorrhagisches Sarkom (Kaposi) und ein Fall zur Diagnose, den Brocq unter die Parapsoriasis eingereiht wissen wollte.

Von höchstem Interesse für alle Teilnehmer war die Besichtigung der Rónaschen Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke im Stephanspital. Die Station hat alle modernen Einrichtungen, schöne helle und luftige Krankensäle und alle therapeutischen und wissenschaftlichen Hilfsmittel. Die Aufnahmebedingungen sind äufserst liberal. Jeder venerisch Kranke mufs aufgenommen werden. Auch bei Nichtstaatsangehörigen genügt die Erklärung des Chefarztes, die Aufnahme sei notwendig, um den Kranken in der Abteilung unterzubringen: ein vorbildliches Statut!

Sicher haben alle Mitglieder der dermatologischen Sektion Budapest mit den besten Eindrücken verlassen.

Verhandlungen der Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jahrg. 9, Nr. 1.

Sitzung vom 8. November 1908.

Ein Fall von hartem Schanker der Conjunctiva bulbaris, von Dandois-Louvain. Bei einem 35jährigen Manne, welcher schon drei Wochen lang von Augenspezialisten mit der Diagnose Episkleritis rheumatica behandelt worden war, konstatierte D. auf der Conjunctiva bulbi eine konische, fast die ganze Sklera bedeckende, stark gerötete, auf der Spitze ulcerierte, resistente Geschwulst. Die Cornea total getrübt und stark injiziert. In der Meinung, ein Tertiärsyphilid vor sich zu haben, gab D. trotz Leugnens des Patienten gröfsere Dosen Jodkalium, und nach acht Tagen erschien das Auge wieder ganz normal. Etwa acht Tage später traten Schleimpapeln und eine typische Roseola hervor. Nunmehr teilte Patient mit, dafs seine Maitresse (welche daraufhin untersucht und mit syphilitischen Läsionen behaftet gefunden wurde) gewohnheitsmäfsig ihn auf die Augen zu küssen pflegte. Der weitere Verlauf war bei geeigneter Behandlung günstig.

Tertiärläsion auf der alten Narbe eines vor fast 50 Jahren akquirierten Primärsyphilids, von Dandois-Louvain. Bei dem fast 80 Jahre alten Manne entwickelte sich an der Narbe eines im 17. Lebensjahre phagedänisch verlaufenen Penisgeschwürs eine epitheliomähnliche Wucherung, welche auf spezifische Behandlung in wenigen Tagen verging.

Pseudo-Tumor albus, von Dandois-Louvain. Kniegelenkaffektion, welche längere Zeit als tuberkulös betrachtet wurde, in Wirklichkeit syphilitischer Natur war und auf spezifische Behandlung sich besserte.

Diffuses hypertrophisches Syphilid der Unterlippe, von Duhot-Brüssel. Bei dem 40jährigen Patienten entwickelte sich fünf Jahre nach der Infektion eine geradezu formidable Hypertrophie der Unterlippe. Trotz verschiedentlicher Behandlung blieb die Affektion acht Jahre lang bestehen und machte es dem Kranken unmöglich, sich unter Menschen sehen zu lassen. Eine konsequent durchgeführte Behandlung mit Injektionen von grauem Öl, Jodkalium und tonisierenden Mitteln nebst Kompressionsbinde bewirkte schliefslich eine vollständige Beseitigung der Schwellung.

Ein Fall von Syphilis mutilans des Gesichts, der Nasenhöhle und Ankylose der Palato-Pharynx, von Duhot-Brüssel.

Doppeltes Primärsyphilid der Zunge, von Duhot-Brüssel. Die Diagnose war durch das gleichzeitige Vorhandensein einer ausgesprochenen Roseola gesichert.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Poirier-Antwerpen. Bei der durch das hartnäckige Fortschreiten des Leidens nötig gewordenen Amputation des Fufses fand sich eine enorme Verdickung des Nervus tibialis. Genesung.

Lepra, von Poirier-Antwerpen. Bei dem einen der bei früherer Gelegenheit vorgestellten zwei Fälle scheinen die Injektionen von Eukalyptol günstig gewirkt zu haben.

Jahrg. 9. Nr. 2.

Sitzung vom 14. Februar 1909.

Lichen ruber planus, von DIETZ-Antwerpen. Typischer Fall bei einem 46jährigen Manne, entstanden im Anschluſs an Nervenshock; wird mit Injektionen von Atoxyl (zweimal wöchentlich) und mit Chrysarobinpaste behandelt.

Demonstration von Patienten, welche mit Tuberkulin T. J. behandelt worden sind, von LESPINNE-Brüssel. Die hier geschilderten Fälle, bei denen das JACOBSsche Tuberkulin angewandt wurde, umfassen einen Fall von Lymphomen des Halses bei einem 13jährigen Mädchen sowie bei einer bereits früher vorgestellten Patientin und einen Fall von Lupus des Gesichts bei einer 41jährigen Frau. Letztere Patientin ist nur als gebessert zu bezeichnen, während die beiden anderen als geheilt betrachtet werden können.

Ein Fall von progressiver Paralyse im Anfangsstadium auf syphilitischer Basis beruhend, von BERTRAND-Lüttich. Die Infektion war bei dem nunmehr 45jährigen Patienten im Jahre 1891 erfolgt. Die Behandlung war ziemlich gründlich gewesen. Vor drei Jahren trat Hemiplegie ein; seit zwei Monaten sind Symptome der progressiven Paralyse aufgetreten.

Maligne Entartung eines Naevus, von DUBOIS-HAVENITH-Brüssel. Bei einem 17jährigen Mädchen hat ein handtellergroſser Naevus vasculosus seit fünf bis sechs Jahren ein erhebliches Wachsen und offenbar sarkomatöse Entartung dargeboten. Redner beabsichtigt, die ihm eben erst zugeführte Patientin mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

Tabes, von DUHOT-Brüssel. Es handelte sich um einen vor neun Jahren syphilitisch infizierten Polizeibeamten. Die beim Auftreten tabischer Erscheinungen vor fünf Jahren intensiver aufgenommene antisyphilitische Behandlung scheint günstig gewirkt zu haben.

Zwei Fälle von Lepra (dritte Vorstellung), von POIRIER-Antwerpen. Der eine Patient zeigt eine erhebliche Besserung der anästhetischen Erscheinungen, während bei dem anderen die gleiche Behandlungsart (Injektionen von Eukalyptusöl, Bäder mit Eukalyptusdekokt) bisher erfolglos war.

Fibroma molluscum cutis multiplex, von RECKLINGHAUSENsche Krankheit, von MINNE-Gand. Bericht über einen Fall von dreijährigem Bestand bei einem 54jährigen Weber. Die an zwei exzidierten Tumoren untersuchten anatomischen Verhältnisse ergeben insofern eine Abweichung von der RECKLINGHAUSENschen Darstellung, als ein Zusammenhang mit Nervengewebe nirgends nachzuweisen war. Andererseits fiel an beiden Tumoren eine ausgebreitete, an vielen Schnitten hervortretende Lymphangiektasie auf.

Atypischer Herpes zoster, von MINNE-Gand. Bericht über einen Fall von Herpes des Trigeminus und einen von bilateralem Herpes an den Nates bei einem fünfjährigen Kinde.

Endolymphatische, plexiforme, primäre und sekundäre Endotheliome der Haut, von MINNE-Gand. Verfasser berichtet über folgende zwei Fälle dieser seltenen und ihrem histologischen Wesen nach noch keineswegs allgemein gleichmäſsig anerkannten Affektion. Nr. I betraf einen 45jährigen Spinner in Gestalt einer seit etwa vier Jahren bestehenden kleinen, 1 cm groſsen Geschwulst an der Nasolabialfurche. Die ausführlich an Mikrophotogrammen dargelegten histologischen Verhältnisse des exstirpierten Tumors begründen die Diagnose Endotheliom. Beim anderen Falle handelte es sich um einen 16jährigen Knaben (Patient des Kollegen VAN DAYSE), bei dem die auf dem Rücken sekundär im Anschluſs an einen inoperablen Tumor der

Orbita entstandenen Tumoren ähnliche Bilder ergaben. Die Röntgenbestrahlung erwies sich als sehr wirkungsvoll.

Die praktische Bedeutung der Serumdiagnostik bei der Syphilis, von Bayet-Brüssel. Gibt eine ausführliche Darstellung des Gegenstandes unter Berücksichtigung der verschiedenen dabei in Betracht kommenden Momente, aber im wesentlichen nur auf Grund deutscher Publikationen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

Band III, Heft 6—8 und 1. Beiheft.

Hämaturie bei Frauen, klinischer Vortrag von Thumin. Verfasser gibt eine erschöpfende Gesamtübersicht über alles, was irgendwie Hämaturie veranlassen kann, eine dankenswerte Aufgabe bei der grofsen Mannigfaltigkeit der in Betracht kommenden Erkrankungen und bei der Vieldeutigkeit der Hämaturie als Krankheitssymptom. Berücksichtigt sind auch die selteneren Erkrankungsformen.

Radikaloperation einer totalen Blasenspalte durch Implantation der Ureteren in die Flexur, von Hirschmann. Verfasser schildert einen nach der sogenannten Derivationstherapie operierten und geheilten Fall von totaler Blasenspalte. Bei dem dreijährigen Knaben wurde zunächst eine rechtsseitige Inguinalhernie nach Bassini operiert, dann die Blasenschleimhaut bis auf ein elliptisches Stück mit den beiden Ureterenmündungen abgetragen und dies Stück in die Flexur eingepflanzt. Der Erfolg war ein vollkommener, es bestand Kontinenz, und zwar konnte der Urin zwei bis fünf Stunden gehalten werden.

Zur Operation der cystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes, von Wulff. Der 26jährige Patient klagte, dafs er bei mäfsig gefüllter Blase schlecht Wasser lassen könne, bei stark gefüllter Blase habe er diese Beschwerden nicht. Cystoskopisch sah man an Stelle des rechten Ureters in die Blasenschleimhaut einen halbkugeligen Tumor eingelassen, der beim Austreten eines Urinstrahles zu einer mächtigen Cyste anschwoll. Es war klar, dafs die Ureterenöffnung für den andringenden Urinstrom zu klein war. Verfasser brannte zur Heilung dieser Beschwerden zwei Schorfe mit dem glühenden Brenner des Nitzeschen Cystoskops. Nach Abstofsung der Schorfe, die reaktionslos unter einiger Blutung erfolgte, sah man cystoskopisch deutlich die kreisrunde Öffnung, aus der sich der Urin im breiten Strahle ergofs.

Beitrag zur klinischen und bakteriologischen Untersuchung über die Cystitis, von Tanaka. (Schlufs.) Bringt die Tabellen über die untersuchten Fälle und die Tabellen der gefundenen Bakterien mit genauer Charakterisierung.

Ein neueres Verfahren der Harnröhrenmassage, von Sellei. Da die Sonde oder der Dilatator nicht immer auf die durch die Entzündung gesetzten Schleimhautverdickungen in der Urethra genügend einwirken kann, weil ja das Kaliber der Harnröhre in ihren verschiedenen Abschnitten verschieden ist, so hat Verfasser Massierstäbe konstruiert, die mit verschieden dicken Knöpfen, Charrière 20 bis 26, armiert sind; die Knöpfe sind glatt oder quer gerillt, mit denen man gut die Schleimhaut lockern und die mit Sekret gefüllten urethralen Drüsen entleeren kann.

Zur Frage über die Pathogenese und Behandlung der Impotenz, von Zdanowitz. Verfasser betont die von ihm in allen Fällen von Impotenz festgestellte passive Hyperämie der Pars prostatica urethrae. Nach Beseitigung dieser Stauungserscheinungen schwindet die Impotenz. Die Behandlung soll eine urethroskopische sein.

Bemerkungen zu dem Artikel Blums: „Die medizinische und chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose", von Goldberg. Verfasser verwahrt sich dagegen, daſs er je früher oder gar jetzt grundsätzlich gegen die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose Stellung genommen habe.

Über Colliculushypertrophie und Colliculuskaustik, von Orlowski. Verfasser sucht die alte Lallemandsche Methode der Ätzung des Colliculus, die solange von allen perhorresziert wurde, wieder zu Ehren zu bringen; er bringt eine Reihe von Fällen, meist Impotenz, bei denen er eine Hypertrophie des Colliculus konstatierte. Heilung erfolgte durch Ätzung mit 20%iger Argent. nitric.-Lösung oder mit dem Galvanokauter. Die Sache sieht sich gut und erfolgversprechend an.

Zur Kasuistik der Nierenbeckengeschwülste, von Paschkis. Der 47jährige Patient, der vor langen Jahren als Kind eine Harnverhaltung mit nachfolgendem Steinabgang durchgemacht hatte, erkrankte an Blutharnen ohne jegliche Beschwerden. In der rechten Seite, an der der Niere entsprechenden Stelle, fühlt man einen kleinapfelgroſsen höckerigen Tumor. Ureterenkatheterismus rechts: wenig Tropfen eines trüben, blutigen, alkalischen Urins. Die Niere wurde exstirpiert, es trat vollständige Heilung ein. Das Präparat zeigt das Nierenbecken verdickt und dilatiert und mit einem fünfkronengroſsen weichen Tumor von 2 cm Dicke und feinwarziger Oberfläche versehen. Mikroskopisch erwies es sich als ein Cylinderzellencarcinom, das teilweise soliden Aufbau, teilweise Tendenz zur Lumenbildung und Sekretion zeigt.

Der praktische Wert der funktionellen Nierenuntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen der Nieren, von Unterberg. Verfasser hat an 60 Fällen mit chirurgischen Nierenkrankheiten die verschiedenen Untersuchungen der Nierenfunktionstüchtigkeit auf ihre Zuverlässigkeit nachgeprüft.

Beitrag zur Frage des Urobilins, von Tefik und Ibrahim. Die Urobilinurie ist eine Folge der Urobilinämie. Enthält das Blut Bilirubin, so geht dies direkt in den Urin über. Das Urobilin ist im Blute immer in geringerer Quantität enthalten und erreicht nie die hohen Zahlen, wie die im Urin beobachteten. In Fällen von Urobilinurie geht das Urobilin auch in die Transsudate über. Die Faeces enthalten immer Urobilin, vorausgesetzt, daſs die Galle in den Darm eintreten kann, und zwar nimmt die Menge im Darm von oben nach unten zu, um im Dickdarm ihr Maximum zu erreichen; im Gegensatz zum Bilirubin, das von oben nach unten abnimmt. Das Urobilin wird also gebildet aus dem Bilirubin, und zwar nur im Darmkanal. Das Urobilin wird durch die Pfortader absorbiert, normalerweise wird es durch die Leber retiniert, die einen Teil direkt durch die Galle ausscheidet, den gröſsten Teil aber zu einer uns unbekannten Substanz umformt. In den pathologischen Fällen von Urobilinurie müssen wir eine Funktionsunfähigkeit der Leber annehmen, die es passieren läſst, oder aber eine vermehrte Zufuhr des Urobilin, die auch eine normale Leber nicht bewältigen kann.

Die Tuberkulose und die Tuberkulinose des Hodens, von Asch. Verfasser erzeugte durch Injektion von Tuberkelbazillen in die unterbundene Arteria spermatica interna von Hunden starke Proliferation der Samenkanälchenzellen und ausgesprochene Bindegewebsneubildung, also Erscheinungen, die in keiner Weise den Stempel der Tuberkulose an sich tragen. In Fällen, wo er Tuberkulin injizierte, waren die Läsionen noch viel hervorstechender ausgebildet, besonders die Sklerosenbildung. Ebenso kann man bei Menschen eine primäre Sklerose des Hodens annehmen, hervorgerufen

durch den Einflufs der mit dem Blut in den Hoden gelangenden Stoffwechselprodukte des Tuberkelbacillus.

Kasuistische Mitteilungen, von ARNOLD HEYMANN. a) Osteomyelitis blennorrhoica. Der Patient hatte einen blennorrhoischen Prostataabscefs, der beim Massieren sich entleerte. Gleich darauf Schüttelfrost; einige Tage später Schmerzen im linken Unterschenkel; es bildete sich dort eine teigige Schwellung: die Röntgenaufnahme ergab Veränderung der Markhöhle. Der Eiter unter dem Periost und in der Markhöhle wurde durch Operation entleert. Im Eiter typische Gonokokken. — b) Impotenz und Rauchvergiftung. Ein Feuerwehroffizier hatte etwa eine Stunde im Qualm zu arbeiten; darauf Rauchvergiftung mit Kopfschmerz und Erbrechen; sechs Tage später Ausbleiben der Erektion bei erhaltener Libido; erst nach drei Monaten gelang zum ersten Male wieder der Coitus.

Ureterencystoskop als Operationscystoskop, von SCHLAGINTWEIT. Verfasser nimmt für sich die Priorität des von BLUM geschilderten Verfahrens in Anspruch, Blasentumoren mit Drahtschlingen abzuschneiden, welche, durch Ureterenkatheter geführt, an die Geschwülste herangebracht werden. Zur Schlingenbildung empfiehlt Verfasser stabgerade gerechte Stahldrähte (Violin-E-Saite).

Erwiderung auf die vorstehende Arbeit, von BLUM. Verfasser betont die Wichtigkeit der von ihm eingeführten Drahtspirale und Anerkennung der Mitteilungen SCHLAGINTWEITS.

Das Beiheft enthält die **Verhandlungen des ersten Tages des zweiten Kongresses für Urologie** in Berlin vom 19. April 1909 (im sechsten Heft befindet sich ein Bericht über den ganzen Kongrefs).

Über die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie referierten STÖCKEL und WERTHEIM. GOLDSCHMIDT spricht über die **Irrigationscystoskopie,** LOHNSTEIN schildert **Diagnostik und Therapie der chronischen proliferierenden Urethritis.** Er empfiehlt das von ihm angegebene Kurettement. Sodann folgt ein Vortrag von PICKER über **Studien zur Pathologie der Blennorrhoe und der anderen bakteriellen Infektionskrankheiten der Geschlechtsorgane.** POROSZ über **hyperämische Behandlung der Harnröhre mit heifsen Sonden:** die Hitze mufs allmählich bis auf 55° gesteigert werden. WOSSIDLO: **Beitrag zu den Mykosen der Harnwege.** Verfasser fand Hyphomyceten bei einem Patienten besonders nach vorhergehender Prostatamassage. SCHNEIDER: **Über Vaccinetherapie bei bakteriellen Erkrankungen der Harnorgane.** Neben der Vaccinetherapie (WRIGHTsche Opsonine) darf die Lokalbehandlung nicht ausgesetzt werden. ASCH: **Die tuberkulösen Strikturen der Harnröhre.** Sie entstehen durch Stoffwechselprodukte des Tuberkelbacillus. RINGLEB: **Das Cystoskop nach 30 Jahren.** PICKER: **Der Symptomenkomplex der rezidivierenden Nebenhodenentzündung.** *F. Hahn-Bremen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band II. Heft 15.

Die operative Behandlung der Tuberkulose der Vasa deferentia und der Samenblasen, von CHOLTZOFF. Aus dem Russischen übersetzt von RIZAT. CH. berichtet ausführlich über zwölf Patienten, bei denen er die Samenblasen und die Vasa deferentia wegen tuberkulöser Erkrankung entfernt hat; er zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Wenn nach Vornahme der Kastration oder der Epididymektomie der tuberkulöse Prozefs in den Samenblasen sich nicht zurückbildet, sondern unverändert bleibt oder gar fortschreitet, müssen die kranken Samenblasen entfernt werden.

2. Wenn bei gleichzeitiger Tuberkulose der Hoden oder der Nebenhoden der tuberkulöse Prozeſs in den Samenblasen von Anfang an einen ausgesprochen entzündlichen Charakter aufweist, hat es keinen Wert, mit der Entfernung der Samenblasen zu warten; sie ist vielmehr gleichzeitig mit oder bald nach der Kastration oder Epididymektomie vorzunehmen.

3. Wenn bei der Entfernung der Samenblasen Tuberkulose der Prostata festgestellt wird, müssen auch alle kranken Partien der Vorsteherdrüse abgetragen werden.

4. Auſserdem müssen alle tuberkulösen Partien der Genitalien, wenn sie in toto erkrankt sind, sogar die ganzen Geschlechtsorgane entfernt werden.

5. Bei gleichzeitiger Tuberkulose der Geschlechts- und der Harnorgane ist die Entfernung der kranken Teile der Genitalien nur dann kontraindiziert, wenn die Tuberkulose der Harnorgane zu weit vorgeschritten ist oder wenn beide Nieren tuberkulös sind.

6. Gleichzeitige Tuberkulose der Lungen oder anderer Organe bildet, wenn die Erkrankung nicht sehr ausgedehnt und das Allgemeinbefinden günstig ist, keine Kontraindikation gegen die Entfernung der kranken Partien der Sexualorgane.

7. Schlechter Allgemeinzustand, der durch die tuberkulöse Erkrankung der Sexualorgane bedingt ist, bildet eine absolute Indikation zu möglichst frühzeitiger Operation.

8. Für die Entfernung der Samenblasen kommen nur drei Methoden in Betracht: die Operation von der Leisten-Darmbeingegend aus, die perineale und die sakrale Operation.

9. Die Operation von der Leisten-Darmbeingegend aus ist nur dann vorzunehmen, wenn gelegentlich einer Kastration oder Epididymektomie Tuberkulose eines Samenstrangs gefunden wird und bei der Freilegung dieses Samenstrangs sich herausstellt, daſs er in seiner ganzen Ausdehnung erkrankt ist. Die Operation auf diesem Wege kommt jedoch nur bei einseitiger Erkrankung in Betracht.

10. Die perineale Methode, die weniger Raum für die Entfernung der Samenblasen bietet als die sakrale Operation, dafür aber weniger Zeit erfordert, eignet sich besonders für geschwächte Patienten, bei denen eine Operation in zwei Sitzungen nicht angezeigt ist.

11. Bei Kranken, bei denen die Entfernung der tuberkulösen Partien der Geschlechtsorgane in zwei Sitzungen möglich erscheint, ist die sakrale Methode mit temporärer Resektion des Kreuzbeins vorzuziehen, weil sie mehr Raum bietet und den Zugang zu den Samenblasen leicht macht.

12. Der unmittelbare Erfolg der Spermatocystektomie ist absolut günstig; die Mortalität ist unbedeutend.

13. Auch die Dauererfolge sind anscheinend befriedigend; eine groſse Zahl von Kranken, die nach der Operation längere oder kürzere Zeit in Beobachtung stand, ist rezidivfrei geblieben.

Heft 16.

1. **Die Leukokeratose der Genitalien beim Manne,** von W. Dubreuilh-Bordeaux. Die an den Genitalien des Mannes vorkommenden Leukokeratosen stellen gleich den Leukokeratosen der Schleimhäute eine Vorstufe des Carcinoms dar, wenn sich aus ihnen auch nicht immer eine Krebsgeschwulst entwickelt. Die Affektion scheint recht selten zu sein, D. hat in der Literatur nur sechs Fälle beschrieben gefunden, zwei hat er selbst beobachtet; in ihrer Ätiologie spielt die Syphilis zweifellos die Hauptrolle. Am häufigsten sitzen die Leukoplakien am inneren Präputialblatt; sie sind häufig ulceriert und von Furchen durchzogen, bluten leicht und fühlen sich hart an; manche von den tiefer greifenden Plaques sind warzig und mit Papillen be-

setzt, während die oberflächlichen glatt erscheinen. Durch die Plaques wird die Dehnbarkeit des inneren Präputialblattes stark beeinträchtigt, so dafs eine Phimose entsteht oder eine schon vorhandene Phimose verstärkt wird. Zuweilen finden sich Leukoplakien auch an der oberen, seltener noch an der unteren Fläche des Penis oder an der Glans. Entzündliche Erscheinungen hat ihr Auftreten nicht zur Folge, Schmerzen verursachen sie nur beim Versuche, die Vorhaut zurückzuschieben, weil das verhärtete Gewebe dabei einreifst. Die Prognose ist die gleiche wie bei den übrigen präcarcinomatösen Keratosen. Die Affektion kann lange Zeit bestehen, ohne Aussehen und Charakter zu verändern, sie kann langsam an Ausdehnung zunehmen und wandelt sich häufig in ein malignes Epitheliom um, das sich gleich den anderen Hautepitheliomen gewöhnlich langsam entwickelt und erst spät zur Erkrankung der regionären Lymphdrüsen führt; zuweilen ist der Verlauf allerdings auch ein recht stürmischer. Histologisch erscheint die balano-präputiale Leukokeratose als eine Hyperkeratose. Das Stratum corneum und die darunter liegenden Epidermisschichten sind, weniger infolge Vermehrung als infolge Vergröfserung der Zellen verdickt, die interzellulären Zwischenräume häufig durch Ödeme vergröfsert; bei tief greifenden Plaques finden sich zahlreiche, grofse, in das Corium hineinragende, interpapilläre Zellwucherungen, das Corium selbst ist manchmal, wahrscheinlich infolge vorausgegangener entzündlicher Prozesse, sklerosiert, oft weist es überdies zellige Infiltration auf. — Die handlung besteht natürlich in radikaler Entfernung der Plaques. Dazu dient in erster Linie die Circumzision; etwaige Plaques der Glans und des Penis werden, wenn sie tief greifen, operativ beseitigt, wenn sie oberflächlich sind, mit dem Thermokauter zerstört. In einem Falle gelang es D., Plaques der Glans nach Entfernung der Vorhaut durch Röntgenbestrahlungen vollständig zum Verschwinden zu bringen.

2. **Die Anomalien der Niere und des Ureters vom chirurgischen Standpunkt aus,** von E. Papin.

3. **Tuberkulöse Infektion der Operationswunde nach Nephrektomien, die wegen Tuberkulose vorgenommen worden sind,** von V. Rochet-Lyon.

4. **Die Dauererfolge der mittels Boarischen Knopfes ausgeführten Uretero-Cysto-Neostomie in Italien,** von Boari-Ankona. Aus dem Italienischen übersetzt von Palazolli. Im Jahre 1899 hat B. in den *Ann. génito-urin.* ein neues Verfahren zur Transplantation des Ureters in die Blase bei Frauen angegeben; er empfahl, bei Ureter-Uterus- oder Ureter-Scheidenfisteln oder auch bei strikturiertem Ureter den resezierten Harnleiter mittels eines Knopfes in die Blase einzufügen. Wenn gegen dieses Verfahren von französischer Seite, speziell von Lutaüd Stellung genommen wurde, so ist das nach B. vollständig ungerechtfertigt; die Methode hat sich, wie eine Zusammenstellung von neun Fällen zeigt, in jeder Hinsicht vorzüglich bewährt, alle von Lutaud gemachten Einwände sind den Erfahrungen der italienischen Chirurgen zufolge hinfällig. Namentlich ist auch die Befürchtung, dafs die Methode zur späteren Stenosierung des Ureters führen könne, unbegründet; in keinem der neun Fälle, von denen sieben schon vor zehn bis fünf Jahren operiert worden sind, ist eine Stenose aufgetreten.

Götz-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 8, 9 und 10.

Enthalten keine Originalarbeiten.

Bd. IX, Nr. 11.

Pilocarpin und Alopecie, von L. Bizard. Das Pilocarpin ist zur Behandlung der Calvities, namentlich der seborrhoischen und präsenilen, sehr zu empfehlen. Der früher oft erhobene Einwurf der Kostspieligkeit besteht nicht mehr zu Recht, namentlich

da eine Lösung von 1 : 200 vollauf genügt und eine stärkere Konzentration sogar unliebsame Nebenwirkungen entfaltet. Die aus den Blättern des Pilocarpus Jaborandi hergestellte Tinktur leidet an einer oft ziemlich erheblichen Ungleichmäfsigkeit des Gehalts; dies ist bei den anderen Pilocarpusarten, deren vier schon mehr oder weniger genau erforscht sind, sogar in noch höherem Grade der Fall, und es ist deshalb die Verwendung des Alkaloids vorzuziehen. Am wirksamsten erscheint das Pilocarpin bei der nichtseborrhoischen Kahlheit oder im späteren Stadium nach Beseitigung der Seborrhoe. Sogar bei älteren Fällen gelingt es, eine gewisse, wenn auch nicht gerade vollkommene Förderung des Haarwuchses zu erzielen. Aufser in alkoholischer Mischung (nach vorheriger Lösung in Wasser) kann das Mittel sehr gut in öliger Verbindung, etwa mit Paraffinum liquidum, verwendet werden. B. gibt eine gröfsere Reihe empfehlenswerter Rezepte.

Bd. IX, Nr. 12 bis 15.

Enthalten keine Originalien. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVIII. Juli 1909.

I. **Zur Frage der Ätiologie der „Cutis verticis gyrata" (Unna)**, von Pospelow. Nach genauer Besprechung der Fälle von Jadassohn, Unna und v. Veress beschreibt Verfasser zwei eigene Beobachtungen. (Der eine dieser beiden Fälle wurde am 9. November 1908 von Tomaschewitsch in der Moskauer vener.-derm. Ges. vorgestellt. Anm. d. Ref. Cf. *diese Zeitschrift,* Bd. 47, S. 613.) Es handelte sich um einen 24jährigen Schuster, welcher schon im Jahre 1903 in der Klinik wegen chronischem universellem Ekzem Aufnahme gefunden hatte, ohne dafs damals irgendwelche Falten auf dem Kopfe bemerkt worden wären. Im Herbst 1908 liefs der Kranke sich wegen eines erneuten Ausbruchs von Ekzem, besonders im Gesicht und auf dem behaarten Kopf, wiederum in die Klinik aufnehmen und nun wurden nach Entfernung der Borken und nach Kurzschneiden der Haare infiltrierte Falten wahrnehmbar, welche auf der Stirn einen wagerechten, auf der vorderen Partie des behaarten Kopfes einen länglichen Verlauf zeigten und hier durch tiefe Furchen von einander getrennt wurden. In dem anderen Fall handelte es sich um einen 34jährigen Fabrikanten, welcher sich wegen frühzeitiger Glatzenbildung an P. wandte, wobei Verfasser auf der vorderen, nur mit Lanugohärchen bedeckten Hälfte des Kopfes längliche, ein wenig zickzackförmige Einschnitte oder Risse der Haut bemerkte, die 1—$1^1/_2$ cm von einander abstanden. Bei Betastung dieser Hautpartie zeigte sich, dafs sie weicher, teigartiger als sonst gewöhnlich die Haut ist, war, und beim Zusammendrücken eigentümliche erhabene Wälle und Furchen, nach Art der Cutis verticis gyrata, bilden liefs. Hörte der Druck der knetenden Hand auf, so schwanden die Wülste und es blieben nur die Einrisse nach. Dieser Kranke hatte nie an Hautkrankheiten gelitten. Verfasser ist der Ansicht, dafs sich bei etwaigem Ekzem aus dieser Cutis laxa eine Cutis verticis gyrata entwickeln würde und glaubt, dafs zur Bildung der Cutis verticis gyrata wie Cutis laxa, auf deren Boden sich die Cutis verticis gyrata entwickeln kann, aufser zufälligen Erkrankungen der Haut auch noch eine angeborene Prädisposition existieren mufs. Nach Abschlufs seiner Arbeit hat P. noch einen Mann von 42 Jahren gesehen, welcher vor acht Jahren Lues gehabt hatte, augenblicklich keine Zeichen dieser Krankheit aufwies, aber statt dessen auf dem Hinterkopf drei gänsefederdicke Wülste zeigte, welche auf Befragen des intelligenten Patienten angeblich im Anschlufs an einen ulcerösen syphilitischen Ausschlag entstanden sein sollten und auf die der Kranke schon vom Friseur aufmerksam gemacht worden war.

II. **Argyrosis universalis,** von Kolokin. Beschreibung eines Falles von allgemeiner Argyrosis bei einem 57jährigen Manne infolge von jahrzehntelangem, bald äuſserem, bald innerem Gebrauch von Argentum nitricum.

III. **Zur Morphologie der Spirochaeta pallida: ring- und sternartige Formen derselben,** von Selenew. In früheren Arbeiten hat S. schon die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von wurstartigen und schraubenartigen Spirochätenformen neben der Schaudinnschen Spirochaeta pallida gelenkt, die er anfangs für besondere Spirochätenarten hielt. Infolge der Arbeit von Krzysztalowicz und Siedlecki, welche ähnliche Formen gefunden haben, spricht sich S. jetzt mit diesen Autoren dahin aus, daſs es morphologische Veränderungen der Spirochaeta pallida sind, ebenso wie auch die stäbchenartige, gleichfalls von S. schon früher beschriebene Form, die jetzt auch von Fouquet, Bertarelli u. a. bestätigt wird, als solche aufzufassen ist. S. ist der Ansicht, daſs die Spirochaeta pallida, in bezug auf Länge, Dicke, Anzahl der Windungen recht verschieden sein kann und beschreibt neben der klassischen Form eine ring-, stern- und bisquitartige Form, die aller Wahrscheinlichkeit nach als Involutionsformen des Parasiten anzusehen sind. Entgegen der Annahme von Krzysztalowicz und Siedlecki ist Verfasser aber der Ansicht, daſs diese Formen sich zum Schutz im Kampf mit anderen Parasiten bilden können. Endlich bemerkt Verfasser noch, daſs man auch die Spirochaeta pallida in Epithelzellen und in den roten Blutkörperchen sieht. Hierbei sieht man ungewöhnlich rote Blutkörperchen, die nach Giemsa nur rosa gefärbt erscheinen, und die Verfasser eosinophile Zellschatten nennt.

IV. **Harter Schanker der Nasenschleimhaut,** von Leikin-Warschau. Bei einer 23jährigen Virgo intacta fand L. als Primäraffekt ein Geschwür auf der linken Nasenscheidewand mit Übergang auf die untere Mandel.

V. **Zur Frage der blennorrhoischen und syphilitischen Knochenveränderungen,** von Boikow. Auf Röntgenogrammen hat Verfasser bei blennorrhoischer Arthritis drei Stadien gesehen: anfangs bloſse Schattenbildung, dann verschwommene Konturen der Knochen und drittens deutliche Konturen derselben mit Höckerbildung. Bei der sekundären syphilitischen Periostitis sieht man auf dem Röntgenogramm kleine infiltrierte Nester, die im späteren Stadium zu einem diffusen Infiltrat zusammenflieſsen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Pathologisch-anatomische Diagnostik, nebst Anleitung zur Ausführung von Obduktionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen, von Johannes Orth-Berlin. (August Hirschwald, Berlin 1909.) Die nunmehr vorliegende siebente Auflage des bekannten Lehrbuches ist den früheren gegenüber bedeutend vermehrt. Insbesondere sind, wie der Verfasser in der Einleitung hervorhebt, eine gröſsere Anzahl von Abbildungen hinzugekommen, von denen diejenigen, die den Krankheiten der Haut angehören, der englischen Ausgabe des von Unna bearbeiteten Abschnittes der Histopathologie der Hautkrankheiten entnommen sind. Natürlich würde eine Diagnostik der Hautkrankheiten im engeren Sinne nicht in den Rahmen des Buches passen. Es sind deshalb nur diejenigen Veränderungen genauer berücksichtigt worden, welche „mit inneren Erkrankungen im Zusammenhang stehen oder

doch stehen können, oder welche, die überhaupt ein allgemeines pathologisch-anatomisches Interesse haben". Den Syphilisparasiten gegenüber verhält sich ORTH noch skeptisch. Er sagt darüber: „Augenblicklich streiten um Anerkennung die SIEGELschen Protozoen (Cytorrhycten) und die SCHAUDINN-HOFFMANNschen Spirochäten. Die letzteren werden von vielen Syphilidologen und Pathologen bereits jetzt für die Erreger der Syphilis gehalten, doch bestehen noch allerhand Zweifel und fehlt vor allem die Reinkultur und das Experiment mit solcher."

Gunsett-Strafsburg.

Repetitorium der Chemie, von CARL ARNOLD. (Leopold Voss, Hamburg 1909.) Das bekanntlich in erster Linie für Studierende der Medizin zur Vorbereitung auf die naturwissenschaftliche Prüfung bestimmte Buch, das hiermit in 13. Auflage erscheint, ist besonders in den Abschnitten über Tier- und Pflanzenchemie erweitert und ergänzt. Infolgedessen kann das Buch auch als Nachschlagebuch in allen chemischen Fragen, welche an den Mediziner herantreten können, dienen, was in der neuen Auflage besonders durch eine Vervollständigung des Registers erleichtert wird.

Gunsett-Strafsburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Saprophyten und Fremdkörper.

Histologische Untersuchungen einer durch Filaria volvulus erzeugten subcutanen Wurmgeschwulst, von ERICH HOFFMANN und LUDWIG HALBERSTÄDTER-Berlin. (*Virchows Arch. f. pathol. Anat. usw.* Bd. 196, Heft 1.) Im subcutanen Gewebe gibt es bei Negern Tumoren, welche von Wurmexemplaren verschiedenen Alters und verschiedenen Geschlechts gebildet werden. FÜLLEBORN hat die Species dieser zu den Filariden gehörigen Würmer als Exemplare der Filaria volvulus identifiziert. Die Tumoren sind von einer starken, bindegewebigen Kapsel umschlossen, in der sich reife, mit Eiern und Embryonen erfüllte weibliche Würmer finden. Die ausgeschlüpften Embryonen wandern aktiv im Gewebe umher und scheinen die Kapsel durchbohren zu können. Die Verfasser stellten fest, dafs die Embryonen auch bis in den Papillarkörper wandern können, von wo sie vielleicht durch blutsaugende Insekten weiter übertragen werden.

Schourp-Danzig.

Mifsbildungen.

Weifse Barthaare auf einem Naevus verrucosus pigmentosus, von M. SCHEIN-Budapest. (*Bör- és Bujakórtan*, Nr. 2, Beiblatt vom *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909.) Ein 31jähriger Maschinenarbeiter hat auf dem Gesichte einen 15 cm breiten und 15 cm langen angeborenen Naevus. Als sein Bart zu wachsen anfing, kamen auf dem Naevus graue Haare zum Vorscheine, obgleich das Muttermal dunkelbraun war. In diesem Falle sieht Verfasser die Behauptung gerechtfertigt, dafs der Farbstoff der Haut nur bis zu einer gewissen Grenze und nur in beschränkter Menge sich vermehren kann. Wenn die maximale Menge verbraucht ist, hat auch der Farbstoffvorrat aufgehört. Deshalb ergrauen zuerst die dicken starkwachsenden Haare. Sie haben schon den ganzen Farbstoff verbraucht, der ihnen zur Verfügung steht. Deshalb sind die grauen

Haare dicker und wachsen rascher, deshalb ergrauen auch die Schwarzhaarigen frühzeitiger. Wenn die Keime des Bartes schon bei der Geburt vorhanden wären, so wäre der Bart in anderer Farbe gewachsen. Der Farbstoff war hier aber durch den Naevus verbraucht. *Porosz-Budapest.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Das gegenseitige Verhältnis der Genitalien zu den Magenleiden, von O. Vértes-Kolozsvár. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 21.) Das Ergebnis seiner Untersuchungen faſst Verfasser in folgendem zusammen: 1. Die mit den Erkrankungen der Genitalien zusammen auftretenden Magenbeschwerden sind gröſstenteils unabhängig von ihnen. In der gröſsten Mehrheit der Fälle sind sie der Obstipation und der Gastroptose zuzuschreiben. Eventuell ist ein selbständiges Magenleiden vorhanden. 2. Die Magensymptome hängen von den Genitalien entweder direkt oder indirekt ab. In letzterem Falle entstehen die Magenleiden infolge der Anämie oder der Hysterie. 3. In den von den Genitalien direkt abhängenden Fällen zeigt der Magensaft gewöhnlich normalen Chemismus. 4. Bei Magenleiden solchen Ursprungs, die als Reflexneurosen aufgefaſst werden müssen, zeigt das klinische Bild nichts Charakteristisches und so läſst sich der Zusammenhang zwischen den Genitalien und den Magenleiden aus mehreren Umständen und folglich manchmal a posteriori feststellen. Daraus folgt 5., daſs man bei Erkrankung der Genitalien auch das Magenleiden und die seitens des Organismus sich zeigenden sonstigen Leiden, wie Obstipation, Anämie, Hysterie behandelt. *Porosz-Budapest.*

Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung, von J. Sadger-Wien-Gräfenberg. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 2.) Für die Beurteilung der ätiologischen Momente der konträren Sexualempfindung sei eine eingehende Psychoanalyse unbedingt erforderlich. Ein jeder Mensch ist von Haus aus bisexuell. Vom Anfang an schwankt die Libido und Zärtlichkeit jedwedes Menschen zwischen beiden Geschlechtern. Störungen der Fixierung des andersgeschlechtlichen Sexualobjektes sind ausnehmend geeignet, zwangmäſsige Fixierung des homosexuellen Objektes zu erzeugen und umgekehrt. Neben den uns ganz unbekannten konstitutionellen Faktoren und den spezifischen, kommen hierbei ganz entschieden auch accidentelle in Betracht.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Incontinentia urinae infantum. Anonym. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 25.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Doppelkatheter für Irrigation und Drainage, von Harvey A. Moore-Indianapolis. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 21.) Zur Dauerspülung nach perinealer Prostatektomie und Drainage nach Inzision des Perineums benutzt M. einen Doppelkatheter, dessen dünnere Hälfte zum Einlaufen und dessen breiterer Teil zum Auslaufen bestimmt ist. *Schourp-Danzig.*

Gewöhnliche Irrtümer bei der Behandlung von Harnröhre und Blase, von James Pedersen-New York. (*New York med. Journ.* 1. Mai 1909.) P. führt eine Anzahl (neun) Fälle an, wo durch falsche Anwendung von Instrumenten und Arzneimitteln oder durch mangelhafte Diagnosenstellung Schädigungen der Patienten vorgekommen sind, und faſst diese Irrtümer in zwei Arten: durch Unterlassung und durch zu groſse Geschäftigkeit zusammen. Zu ersteren gehört Übersehen einer Prosta-

titis oder Entzündung der Samenbläschen oder beider Affektionen, Mangel an Sorge für des Patienten Allgemeinbefinden und für die sexuelle Hygiene, Regelung seiner Gewohnheiten bezüglich Alkohol, Tabak und Kaffee, der übrigen Diät und des Trinkwasserquantums. Zu den Irrtümern durch Polypragmasie sind zu rechnen: die Anwendung der Sonde in Fällen, wo sie kontraindiziert ist, zu häufige Dilatation und Überdilatation, unwissenschaftliche Methodik der Blasenspülungen (vor dem chronischen Stadium der Urethritis) und Harnröhrenirrigationen, Anwendung zu starker, ätzender Injektionen und Instillationen, plötzliche Entleerung einer chronisch ausgedehnten Blase, die kritiklose Anwendung von Methylenblau und schliefslich der Gebrauch undestillierten Wassers zu einer Arg. nitr.-Lösung. Es kann wohl keinem Praktiker schaden, wenn er sich genauer Befolgung dieser Mahnungen und den lehrreichen Beispielen Ps. unterzieht. *Stern-München.*

Balanitis erosiva und gangraenosa, die vierte venerische Krankheit, von B. C. Corbus und Frederik G. Harris-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 19.) Mit Scherber und Müller halten die Verfasser die Balanitis erosiva und gangraenosa für ein abgeschlossenes Krankheitsbild, dessen Erreger nach ihren Untersuchungen ein Vibrio und eine Gramnegative Spirochäte sind. Als Spezifikum gegen das Leiden empfehlen sie den Gebrauch von Hydrogenium peroxydatum in 2—25%igen Lösungen. *Schourp-Danzig.*

Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von T. L. Hazzard-Pittsburg. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 22.) Bericht eines Falles und der Entfernung des Fremdkörpers. *Schourp-Danzig.*

Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra. Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von H. Goldschmidt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Durch das Irrigationsurethroskop Goldschmidts ist es ermöglicht, die Altershypertrophie der Prostata galvanokaustisch oder elektrolytisch zu behandeln. Eine verhältnismäfsig geringe Rückbildung durch Schrumpfung und Narbenbildung ist schon von grofser Bedeutung für die Funktion. Acht Bilder erläutern die Lage der vergröfserten Prostatalappen, wie sie sich bei der Untersuchung im Instrument darstellen.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine Frage zur externen Urethrotomie, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) Aus dem Operations- und Heilungsverlaufe eines eingehend geschilderten Falles leitet P. für den Fall, dafs noch mehr Beobachtungen dieser Art vorliegen, die Berechtigung her, in Fällen von externer Urethrotomie, in denen die Auffindung des hinteren Harnröhrenendes nicht gelingt, abzuwarten und vom retrograden Katheterismus zunächst abzusehen — unter der Voraussetzung, dafs keine Harnverhaltung zu sofortigem radikalen Eingriff nötigt.

In dem hier angeführten Fall gelang am siebenten Tage nach der Operation anstandslos die Einführung eines dünnen peitschenförmigen Katheters.

Arthur Schucht-Danzig.

Entfernung einer Wachskerze aus der Harnblase mittels Benzin, von Franz Weisz-Budapest. (*Wien. klin. Rundsch.* 1909. Nr. 27.) Als Grund der Blasenschmerzen stellte der Verfasser bei einem 29jährigen Manne mittels cystoskopischer Untersuchung eine 4 cm grofse Wachskerze fest; er füllte die Blase mit 100 ccm sterilen Wassers, auf dem die Kerze schwimmen mufste, und spritzte 50 ccm Benzin nach, das er fünf Minuten in der Blase liefs. Nach Entleeren der Blase zeigte das zurückfliefsende Wasser zwei Schichten, eine untere gelbe (Harn) und eine obere trübe (Benzin mit gelöstem Stearin). Spontan wurde dann ein 6 cm langer Kerzendocht ausuriniert. *Schourp-Danzig.*

Chorionepitheliomähnlicher Harnblasenkrebs mit gleichartigen Metastasen bei einem Manne, von F. Venulet-Moskau. (*Virchows Arch. f. path. Anat.* usw. Bd. 196, Heft 1.) Bei einem 30jährigen Manne ergab die Autopsie ein carcinomatöses Papillom der Harnblase mit ausgedehnten, das kleine Becken ausfüllenden Metastasen in dem Beckenbindegewebe und in den periaortischen Drüsen, den Drüsen des Mesenteriums, den Halslymphdrüsen, den Lungen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die Neubildung aus zwei grundverschiedenen Zellformationen zusammengesetzt: einmal waren es synzytiale Gebilde, welche mit den Synzytien der Chorionzotten eine gewisse Ähnlichkeit besafsen, andererseits waren es grofse polyedrische Zellen, welche von den Langhansschen Zellen nur wenig abweichen. Von beiden Gebilden fanden sich in hohem Mafse Übergänge. *Schourp-Danzig.*

Implantationscarcinom in der Harnblasenschleimhaut, von Seizo Suzuki-Tokio. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 7.) Der 43jährige Patient litt seit vier Jahren an Blutharnen. Damals wurde cystoskopisch eine Blutung aus der linken Niere festgestellt. Jetzt fand sich in der Gegend der linken Niere ein grofser, harter Tumor. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Neoplasma glandulae suprarenalis sinistrae, penetrans in renem sinistrum. Carcinoma secundarium hepatis et vesicae urinariae. Der kleine Geschwulstknoten in der Blase, welcher von dem in die linke Niere durchgebrochenen Nebennierentumor durch den gesunden Ureter getrennt war, ist nach Autors Ansicht keine Metastase, sondern ein Implantationscarcinom. Den günstigen Boden für eine Implantation gab eine leichtgradige Cystitis ab. Der Knoten befand sich gerade an der Mündung des linken Ureters. Die mikroskopischen Details entsprachen nur einer Einpfropfung von der Oberfläche der Schleimhaut her. Besprechung einiger einschlägiger Fälle aus der Literatur.

Arthur Schucht-Danzig.

Pathologie und Therapie der Blasentumoren, von V. Blum-Wien. (*Urologia* Nr. 1. Beibl. der *Budapest. Orvosi Ujsag.* 1909.) Gegen die im Wege der Sectio alta modern gewordene Exstirpationsmethode hat Verfasser folgende Bedenken: 1. Im Falle eines kleinen benignen Tumors ist der Blasenschnitt — im Verhältnis zu den sehr milden Symptomen — ein übergrofser Eingriff. 2. Auch bei den benignen Blasentumoren mufs auf die Möglichkeit eines Rezidivs gerechnet werden. 3. Es mufs ferner auch damit gerechnet werden, dafs das Papillom auch nach der Operation an mehreren Stellen rezidivieren kann, und 4. dafs diese Rezidive nach der Exstirpation des scheinbar benignen Tumors einen malignen Charakter annehmen können. 5. Schliefslich droht auch die Gefahr, dafs nach der Exstirpation eines benignen Tumors in der Narbe der Bauchwunde carcinomatöse Infiltrationen entstehen können. Deshalb ist die intravesikale Operation empfehlenswerter. Autor wendet statt des Ureterkatheters eine biegsame Operationsschlinge an, die, so von der Lampe entfernt liegend, in die Blase überall eingeführt werden kann. Die Schlinge ist in einem aus Stahldraht gedrehten Rohr untergebracht. In dieses kann auch die bekannte Harnröhrenzange eingeführt werden, die löffelförmig, scharf und hakenförmig sein kann. Zum Schlufs folgt die Schilderung des Instruments mit Illustrationen.

Porosz-Budapest.

Die Nephritis impetiginosa, von L. Duvernay-Aix-les-Bains. (*Lyon méd.* 1909. Nr. 17.) Mitteilung dreier Fälle von Nephritis, die bei Kindern nach Impetigo contagiosa des Gesichts auftrat. In einem Falle starb das Kind 14 Tage nach Auftreten der Impetigo an Urämie. *Gunsett-Strafsburg.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Behandlung der Uretero-Pyelonephritis. Zwei sehr interessante Fälle geheilt durch Nephrotomie, von M. González Tánago-Madrid. (Separatabdruck

aus *El Siglo Médico.* 1909.) In dem einen Falle von Pyelitis war nur eine Niere mit zwei Ureteren vorhanden. Im zweiten Falle handelte es sich um eine hysterische Lähmung des Detonsor mit nachgefolgter Infektion der Blase und des rechten Nierenbeckens. Beide wurden durch Nephrotomie geheilt.

Gunsett-Straßburg.

Pathogenese und Behandlung der Anurie, von Hermann Kümmell-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) Die Anurie ist einzuteilen in zwei Gruppen, die Anurie im weiteren Sinne, die falsche Anurie (Okklusionsanurie) und die Anurie im engeren Sinne, die renale wirkliche Anurie. Die häufigste Ursache der ersteren bilden die Steine. Die Leistungen der diagnostischen Hilfsmittel: Palpation, Radiographie, Ureterenkatheterismus, Gefrierpunktsbestimmung usw. werden ausführlich erörtert.

Die renale wirkliche Anurie wird am häufigsten verursacht durch die Schrumpfniere. Weitere Ursachen sind die akute Nierenentzündung, besonders die hämorrhagische Nephritis, ferner einige Infektionskrankheiten, besonders Scharlach. Diffuse Nephritiden mit Anurie und tödlichem Ausgang wurden bei Anwendung von Sublimat- und Karbollösungen in der Wundbehandlung beobachtet. Bei überreichlicher Anwendung von Chloroform kann es ebenfalls zu schweren Degenerationen der Nierenepithelien und zu Anurie kommen.

Die wissenschaftlich interessanteste und sehr wichtige Form ist die reflektorische Anurie. Autor selbst hat bei seinem grofsen Material einen derartigen Fall nie beobachtet. Es sind zwei Gruppen ursächlicher Momente zu unterscheiden:

Die durch periphere Reize, durch eine Phimose bedingte Reflexanurie; der periphere Reiz veranlafst einen Krampf der Nierengefäfsvasomotoren.

Bei der eigentlichen renalen reflektorischen Anurie stellt plötzlich die bisher normal funktionierende Niere infolge des von der erkrankten Niere ausgelösten Reizes ihre Tätigkeit vollkommen ein.

Die Therapie ist zumeist eine chirurgische. *Arthur Schucht-Danzig.*

Drei Fälle von Harnretention infolge von indirektem Trauma der Wirbelsäule, von Oreviceanu und M. O. Iliescu-Bukarest. (*Spitalul.* 1909. Nr. 4/5.) Alle drei Fälle hatten eine fast identische Ätiologie, nämlich Sturz aus grofser Höhe und Auffallen auf das Gesäfs. Es trat gleich Paraplegie und Empfindungslosigkeit der unteren Extremitäten, anfangs Harnretention und später Inkontinenz auf. Die Untersuchung ergab, dafs ein Bruch oder eine sonstige Verletzung der Wirbelsäule nicht vorhanden war, auch die Lumbalpunktion förderte nur eine klare Flüssigkeit zutage, wobei aber bemerkt werden mufs, dafs dieselbe erst viele Wochen, selbst Monate nach dem Unfalle, wenn die Patienten ins Krankenhaus gebracht wurden, vorgenommen werden konnte. Der Harn war trübe und es bestanden alle Zeichen einer chronischen Cystitis. Sensibilitätsstörungen, Herabsetzung mancher Reflexe und Steigerung anderer vervollständigten das Krankheitsbild. Um die Störungen in der Blasenfunktion zu erklären, mufs angenommen werden, dafs dieselben eine Folge der Unempfindlichkeit, welche die Blasenschleimhaut aufwies, waren, wodurch das Bedürfnis, zu urinieren, ganz aufgehoben war. Durch die Harnretention kam es im späteren Verlaufe zu cystischen Veränderungen. Alle diese Symptome wären durch Hämatome, die einen Druck auf die sensiblen Rückenmarkswurzeln ausgeübt hatten, zu erklären. Die Behandlung bestand in Punktierungen mit dem Paquelinschen Thermokauter längs der Lendenwirbelsäule, in antiseptischen Blasenwaschungen und Instillationen.

E. Toff-Braila.

Heilung der Anuria calculosa ohne blutige Operation, von Dieulafoy. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 13.) Bei einer Frau war im Verlaufe einer puerperalen

Streptokokkeninfektion eine eitrige Cystitis entstanden, die zur Infektion zuerst der linken und dann der rechten Niere mit Bildung von Phosphatsteinen auf beiden Seiten führte. Aus der rechten Niere wurden die Steine spontan ausgestofsen, trotzdem kam es plötzlich zu völliger Anurie. Die Untersuchung mit dem Ureterenkatheter ergab, dafs der linke Ureter durch einen Stein verlegt war, während man rechts ohne Hindernis in die Niere gelangte; es handelte sich also rechts um Anurie infolge reno-renalen Reflexes. Albarran, der den Fall behandelte, injizierte in die rechte Niere 25 g einer antiseptischen Flüssigkeit und liefs den Katheter im Ureter liegen; der Erfolg war, dafs die Niere am ersten Tage 900, an den folgenden Tagen 2000 g Harn ausschied. Links wird, wenn der Stein nicht spontan abgeht, operativ eingegriffen werden müssen. *Götz-München.*

Die orthostatische Albuminurie, von Linossier-Vichy und Lemoine. (Vortrag, gehalten in der Société médicale des hôpitaux, Sitzung vom 19. März 1909. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 14.) Die Verfasser haben festgestellt, dafs aufrechte Stellung bei Menschen mit orthostatischer Albuminurie und bei Leuten mit krankhaft veränderten oder doch insuffizienten Nieren, häufig aber auch bei Individuen mit intakten Nieren und normaler Nierenfunktion eine deutliche Verminderung der Harnausscheidung zur Folge hat; diese „orthostatische Oligurie" bei Leuten mit anscheinend gesunden Nieren stellt ein Zwischenstadium zwischen völliger Nierenintaktheit und orthostatischer Albuminurie dar. Die orthostatische Albuminurie selbst resultiert nach Ansicht der Verfasser aus zwei Faktoren: 1. aus einer in aufrechter Stellung eintretenden Verminderung der Durchblutung der Nieren, die abhängig ist entweder von einer dauernden oder zeitweisen Herabsetzung des Blutdruckes oder von einer lokalen Behinderung der Blutzirkulation in den Nieren infolge von Ptose der Nieren mit leichter Stieltorsion oder infolge von Verstärkung der schon normalerweise bei aufrechter Stellung eintretenden Lordose; 2. aus einem gewissen Grade von Nephritis oder von Niereninsuffizienz. Die Behandlung hat sich danach zu richten, welcher dieser beiden Faktoren bei der Entstehung der orthostatischen Albuminurie der vorherrschende ist. *Götz-München.*

Orthotische Albuminurie und Scharlachnephritis, von Stephanie Weiss-Eder-Wien. (*Wiener med. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) Bei 40 Kindern, welche sich in Rekonvaleszenz von Scharlach befanden, konnte in 57,5% durch Knien in Lordose Albuminurie hervorgerufen werden. Diese Kinder, bei denen in der Scharlachrekonvaleszenz eine Albuminurie durch Lordose erzeugt werden kann, disponieren nicht mehr zu einer akuten Nephritis als andere Kinder. Wenn Nephritisrekonvaleszenten nach Abheilung der Nephritis manchmal orthotische Albuminurie zeigen, so ist diese möglicherweise auf eine Lordose durch Schwächung der Rückenmuskeln als Folge einer Erkrankung zu beziehen. *Schourp-Danzig.*

Chylurie und Diabetes, von A. Magnus-Levy. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 67, Heft 5 u. 6.) Der Verfasser hat auf das häufige Vorkommen von Diabetes oder Glykosurie bei der europäischen Form der Chylurie hingewiesen und hält den Diabetes bei der menschlichen Chylurie für das klinische Analogon zu dem experimentellen Diabetes, den Biedl im Tierexperiment vor zehn Jahren gefunden hat. Biedl fand bei 153 Hunden, denen er den Ductus thoracicus unterbunden hatte, in 66% eine Glykosurie. Nach dem Ergebnis der Sektionsbefunde darf man eine Kompression, einen mehr oder weniger völligen Verschlufs des Ductus thoracicus als anatomische Grundlage der Chylurie annehmen. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Chylurie mit Glykosurie, von Fritz Brandenberg-Winterthur. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Ein $1^1/_2$ Jahre altes Kind entleerte während eines einzigen Tages milchig getrübten, chylösen Harn, der überdies 1,5—2% Zucker

enthielt; schon am nächsten Tage waren Chylusbeimengung und Zucker verschwunden und sind in den 1½ Jahren, die seitdem verflossen sind, nicht wiedergekehrt. Eine Erklärung für diesen merkwürdigen Fall von einmaligem Auftreten von Chylus und Zucker im Harn vermag Br. nicht zu geben. *Götz-München.*

Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Harnzuckers, von H. Citron-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Die jodometrische Traubenzuckerbestimmung nach Lehmann zeichnet sich vor der gewöhnlichen Titrierung mit Fehlingscher Lösung durch die sehr scharfe und unverkennbare Endreaktion aus, doch haften auch dieser Methode gewisse Mängel an; eine Verbesserung des Verfahrens und ein Instrument zur Ausführung (Jodosaccharometer) hat Citron schon im Jahre 1904 angegeben. Jetzt ist es ihm gelungen, die Zuckerbestimmung in einem Zuge und in einem und demselben Gefäſse mit völliger Umgehung des Filtrierens zu Ende zu führen; durch den Fortfall der Filtration und durch die automatische Regulierung der Abmessungen und Berechnungen ist das Verfahren einfacher, kürzer und genauer geworden. — Bezüglich der Beschreibung der Methode und der nötigen Reagentien muſs auf das Original verwiesen werden; Reagentien und Gerätschaften werden durch Richard Kallmeier & Cie. in Berlin in den Handel gebracht. *Götz-München.*

Initiale Hämaturie, von Virghi. (*Giorn. intern. d. scienz. med.* XXXI, Heft 13.) Bei einem 54 Jahre alten Patienten fand sich diese als erstes subjektives Zeichen, die Dreigläserprobe ergab Sanguis nur in der ersten Portion. Verfasser empfiehlt Injektionen von 5 ccm folgender Lösung: Cocain 1,0, Antipyrin 3,0, Adrenalin (1/1000) gtt. 20, Aq. dest. 100,0. *Haas-Hamburg.*

Die Hämaturien bei der Wanderniere, von Gustave Gautier. (*Thèse de Paris* 1908. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 10.) Blutungen kommen in Wandernieren unter dem Einfluſs einer Harnstauung und der durch diese bedingten Kongestion um so leichter zustande, als „die Wandernieren stets die Veränderungen der chronischen Nephritis mit Sklerose der Gefäſse aufweisen". Die Hämaturien bei Wandernieren bieten gewöhnlich alle Charaktere der renalen Hämaturie dar; bei starken Blutungen kommen am Schlusse der Harnentleerung zuweilen einige Tropfen reinen Blutes, manchmal werden Blutgerinnsel entleert, die 10—15 cm lang sind und förmliche Ausgüsse eines Ureters darstellen; in anderen Fällen finden sich bei der mikroskopischen Untersuchung Blutkörperchencylinder, welche die Form von Harnkanälchen haben. Zuweilen schlieſst sich die Hämaturie an die akuten Erscheinungen einer Inkarzeration der Wanderniere an. Die Behandlung besteht in der Nephropexie nach vorausgegangener Entkapselung der Niere in der von Albarran angegebenen Weise; es wird dadurch die Niere fest fixiert und eine Besserung oder wenigstens ein Stillstand der entzündlichen Veränderungen herbeigeführt. Die Erfolge der Operation waren in 17 von G. zusammengestellten Fällen sehr gute. *Götz-München.*

Über paroxysmale Hämoglobinurie (klinische, hämatologische und serologische Untersuchungen), von Erich Meyer und Emil Emmerich-München. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Bd. 96, Nr. 3 u. 4.) Die Autoren teilen vier Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie mit und benutzen dieselben zu eingehenden Untersuchungen über die Donath-Landsteinerschen Theorien, welche bekanntlich nachwiesen, daſs das Serum der Hämoglobinuriker, mit Blutkörperchen versetzt, weder beim Stehen in der Wärme allein noch beim Stehen in der Kälte Hämolyse gibt, daſs diese aber eintritt, wenn die Mischung zuerst abgekühlt und dann der Körpertemperatur ausgesetzt wird. Der erste Fall betrifft einen 35jährigen Fuhrknecht ohne sexuelle Infektion, der schon in der Kindheit und auch später wiederholt nach Erkältungen und Anstrengungen Anfälle von Hämoglobinurie hatte. Die Anfälle traten unter Kältegefühl, oft mit Schüttelfrost auf. Während des Anfalles ist der Puls gespannt, der Blutdruck beträgt 95—170.

Das Herz ist leicht verbreitert mit einem leisen systolischen Geräusch an allen Ostien und einem diastolischen an der Aorta. Hämoglobin 58%, Erythrocyten 3980000, Leukocyten 6300. Die Temperatur stieg höchstens auf 37,7° während des Anfalls. Die Anfälle selber konnten durch kalte Fußbäder, Spazierengehen in schlechtem Wetter mit Leichtigkeit künstlich hervorgerufen werden. Durch NaCl-Zufuhr konnten dieselben nicht kupiert werden. Während der Sommermonate hatte er nur selten Anfälle, bei Eintritt der Wintermonate viel mehr; am schlimmsten war sein Zustand im Januar und Februar 1909. Die Anfälle waren in früheren Jahren viel seltener, häufen sich aber in den letzten Jahren. Nach denselben erholt sich der Patient immer schnell und wird wieder arbeitsfähig. Da die Wassermannsche Reaktion stark positiv ausfiel, so läßt sich der Verdacht einer luetischen Aortenerkrankung nicht von der Hand weisen.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Kaufmann mit 22 Jahre vorher überstandener, schlecht behandelter Lues. Die ersten Anfälle traten vor fünf Jahren auf, im Sommer selten, häufiger im Winter. Sie dauern immer nur wenige Tage. Wassermannsche Reaktion stark positiv, Temperatur während eines Anfalls 38,4°. Auch hier konnten die Anfälle durch kalte Fußbäder hervorgerufen werden, NaCl kupierte sie nicht. Der Patient leidet außerdem an starker vasomotorischer Erregbarkeit.

Der dritte Fall betrifft einen 47jährigen Kaufmann mit luetischer Infektion vor 30 Jahren. Der Patient zeigt leicht katarrhalische Erscheinungen über beiden Lungen und auch in normalen Tagen subfebrile Temperaturen. Die Wassermannsche Reaktion ist auch hier stark positiv. Die Anfälle sind erst seit einem Jahre aufgetreten und nicht häufig. Durch ein kaltes Fußbad konnte auch hier ein typischer Anfall mit Temperatur bei 37,6° erzeugt werden, der nach mehreren Stunden wieder verschwand.

Zuletzt teilen die Autoren noch kurz einen vierten Fall mit, der nie luetisch infiziert war, dessen Blut auf Wassermann negativ reagierte und der seit seiner Kindheit typische Anfälle von Hämoglobinurie nach Erkältung, aber auch nach Erregung und Anstrengung hatte, eine Angabe, die übrigens auch Patient I machte.

Mit allen vier Patienten stellten die Verfasser ausgedehnte serologische Versuche an, die sich auf den Blutdruck, das Verhalten der Leukocyten während des Anfalles, die Zerfallsprodukte des Blutfarbstoffes im Harn nach dem Anfall, die Anwesenheit eines Hämolysins und den Komplementgehalt des Blutes, den hämolytischen Zwischenkörper des Hämoglobinurikerblutes, die Resistenz der roten Blutkörperchen und die opsonischen Eigenschaften des Hämoglobinurikerblutes gegenüber den roten Blutkörperchen bezogen und zu folgenden Ergebnissen führten:

Das von Donath und Landsteiner gefundene Autohämolysin wurde nachgewiesen. Wenn dieses bisher nicht in allen Fällen nachgewiesen werden konnte, so liegt dies daran, daß besonders nach den Anfällen das Komplement fehlt oder in so geringer Menge vorhanden ist, daß die hämolysierende Wirkung des Serums nicht nachgewiesen werden kann. Doch schützt dieser zeitweise Komplementmangel nicht vor neuen Anfällen, da sich bei stärkerer lokaler Abkühlung neues Komplement bildet. Während des Anfalles steigt ferner der systolische und diastolische Blutdruck und nimmt wieder auf der Höhe des Fiebers ab. Das Blut zeigt eine Lymphocytenvermehrung bis 30 und 35%. Im Anfall findet aber ein Lymphocytensturz statt, je nach der Schwere desselben 9 bis 10%. Gleichzeitig schwinden die eosinophilen Leukocyten. Der aufgelöste Blutfarbstoff wird nach 24 Stunden als Urobilinogen ausgeschieden.

Der hämolytische Zwischenkörper bindet sich bei der Abkühlung an die Blutzellen und kann von diesen durch Waschen mit warmer physiologischer Kochsalzlösung wieder getrennt werden.

Die Erythrocyten des Hämoglobinurikers sind weniger resistent gegen Temperatur-

einflüsse, Säuren und Saponinlösungen, hingegen gegen ihr eigenes Hämolysin widerstandsfähiger. Immer besitzt das Serum der Kranken opsonische Eigenschaften, die bewirken, dafs normale Erythrocyten von normalen Makrophagen aufgenommen werden.

Dies alles spricht für eine Umstimmung des Organismus beim Anfall nach Art der bei Infektionen anzunehmenden, in deren Gefolge sich neue Immunkörper bilden und deren Antigene die zerfallenden roten Blutkörperchen des eigenen Organismus sind.

Gunsett-Strafsburg.

Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämolyse „in vitro", von R. Romme. (*Presse méd.* 1909. Nr. 31.) Bekanntlich erklärten Donath und Landsteiner den hämoglobinurischen Anfall durch Kälte dadurch, dafs der Amboceptor des Blutes durch die Kälte auf die Blutkörperchen fixiert wird und dafs dann durch Freiwerden der Komplemente Hämolyse eintritt. In vitro wiesen sie nach, dafs Hämoglobinurikerserum auf 5° abgekühlt und dann wieder auf 37° gebracht, auf menschliche Blutkörperchen hämolysierend wirkt. Doch gelang das Experiment nicht immer. Moro und Noda nahmen die Versuche wieder auf und experimentierten mit dem Serum eines vierjährigen heredo-luetischen Kindes mit paroxysmaler Hämoglobinurie. Sie fanden, dafs der Versuch immer gelang, wenn sie ein gröfseres Quantum Serum des Kranken nahmen und zu diesem noch frisches Normalserum zusetzten. Letzteres taten sie, um mehr Komplement, das oft beim Kranken in ungenügender Menge vorhanden ist, zu erhalten. Sie fanden auch, dafs schon eine Abkühlung auf 15° genügt, um den Versuch zustande zu bringen.

Ferner untersuchten sie das Blut während des Anfalles und fanden eine starke Vermehrung des vorher nur in geringer Menge vorhandenen Komplements durch Kälteeinwirkung und Verminderung nach dem Anfall. Ebenso verhält sich der Amboceptor, zugleich treten die Hämagglutiniae auf. Das Serum ist während des Anfalles rubinrot tingiert, am stärksten auf der Höhe desselben. Die Temperatur steigt an, die polynukleären Leukocyten sind vermehrt, die Lymphocyten vermindert. Aus all' dem schliefsen die Autoren, dafs die Kälte auf den hämoglobinurischen Organismus in Form einer akuten Infektion wirkt. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein seltener Fall von Urinretention, von F. Weiss-Budapest. (*Urologia,* Nr. 1, Beiblatt vom *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909.) Der Fall betrifft eine 39 jährige Frau mit fünf Kindern, die seit zehn Stunden keinen Urin entleeren konnte. Solche Retentionen sind bei ihr schon oft vorgekommen. Um diese Beschwerden los zu werden, wurde ihr die Entfernung ihrer Polypen angeraten. Der Verfasser fand aber keine Polypen. Um der Patientin ihre suggestive Überzeugung zu lassen, nahm der Verfasser die „Operation" vor und entfernte die vorhandenen Spitzenkondylome aus der Vulva und führte den scharfen Löffel auch in die Urethra ein. Diese Manipulation beruhigte die kranke Hysterica und sie konnte fernerhin ohne einen Katheter, den sie stets gebrauchte, zu Hilfe zu nehmen, Urin entleeren. Die Besserung hält schon seit zwei Jahren ohne Störung an. *Porosz-Budapest.*

Über die von J. Tsuchiya angegebene Methode zur Bestimmung von Eiweifs im Harn, von Lilli Meyer-Wedell und O. Schumm. (*Mitteil. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalten.* Bd. 9, Nr. 12.) Die Verfasser prüften die von Tsuchiya angegebenen volumetrische Eiweifsbestimmung mittels Phosphorwolframsäure nach, fanden aber die Angaben Tsuchiyas nicht bestätigt. Die abgesetzte Eiweifssäule war von so grofsen Lücken unterbrochen, dafs sich nur ein unrichtiger Wert ablesen liefs. Die Esbachsche Methode lieferte meistens richtigere Werte. *Schourp-Danzig.*

Über flüchtige Albuminurien, von Julius Schreiber. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 14.) Verfasser weist auf die Albuminurien hin, welche sich durch ungewöhnliche Flüchtigkeit in ihrem Verlaufe sowie anscheinend durch Unberechenbarkeit in ihrem

Auftreten auszeichnen. Aufser dem praktischen Interesse verdienen diese Albuminurien noch deshalb Beachtung, weil sie besonders geeignet erscheinen, den bisher mehr hypothetischen Zusammenhang von Kreislaufstörung mit „physiologischer" Albuminurie wahrscheinlicher zu machen. Verfasser ist es in einer Reihe von Fällen nachzuweisen gelungen, dafs nach Palpation des Abdomens von Gesunden und Kranken der Harn albuminurisch werden kann, so dafs es somit eine „abdominell-palpatorische" Albuminurie gibt. Diese Albuminurie tritt aber nur nach Palpation der epi- und mesogastrischen Gegend des Abdomens auf und Verfasser zweifelt nicht, dafs es sich dabei um Kreislaufstörung handelt, und zwar insbesondere um Kompression der Aorta. Und in der Tat konnte in einem Falle durch direkte Kompression der Abdominalwand längs der fühlbaren Aorta eine flüchtige Albuminurie hervorgerufen werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über chronische intermittierende Albuminurien als Nachkrankheit infektiöser Nephritiden, von Hermann Eichhorst. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 16.) An der Hand eines Falles von reiner intermittierender Albuminurie, die bei einem sonst gesunden 21jährigen Manne nach einer vor acht Jahren durchgemachten Scharlachnephritis zurückgeblieben ist, bespricht Verfasser die chronischen intermittierenden Albuminurien nach infektiösen Nierenentzündungen. Er unterscheidet deren drei Formen: 1. reine chronische intermittierende Albuminurie, 2. chronische intermittierende Albuminurie und Cylindrurie und 3. „chronische intermittierende nephritische Albuminurie". Die letzte Form wurde vom Verfasser in zwei Fällen beobachtet und äufserte sich darin, dafs die Kranken nicht nur tage-, sondern wochenlang einen ganz unveränderten Harn ausschieden, denen dann Tage und selbst eine Woche, seltener längere Zeiten folgten, wo der Harn 0,5 °/₀₀ bis 2 °/₀₀ Eiweifs, Cylinder, Epithelzellen der Harnkanälchen und Rundzellen, mitunter auch rote Blutkörperchen enthielt. Der diastolische Aortenton erschien bei beiden Kranken verstärkt und von tympanitischem Klange, dagegen liefs sich keine Verstärkung des Spitzenstofses, keine Zunahme des Blutdruckes und keine aufsergewöhnliche Ausbildung der ersten Elastizitätselevation auf dem Pulsbilde nachweisen. Zwischen diesen drei Formen der chronischen intermittierenden Albuminurien kommen manchmal auch Übergänge vor. Die hier zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen sind unbekannt; wahrscheinlich handelt es sich um nicht völlig ausgeheilte infektiöse ursprünglich akute Nephritiden. Weshalb die Harnveränderungen sich intermittierend einstellen, entzieht sich noch der Beurteilung. Die Vorhersage ist keine ungünstige. Als Behandlungsmethode erscheint die diätetisch-physikalische und die Psychotherapie die beste.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Untersuchungen über die Hämolyse bei der paroxysmalen Hämoglobinurie, von A. A. Hijmanns van der Bergh-Rotterdam. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Seit Donath und Landsteiners Untersuchungen steht fest, dafs in vielen Fällen von paroxysmaler Hämoglobinurie während der anfallsfreien Zeit im Blutserum ein spezifisches Hämolysin enthalten ist, das bei niedrigen Temperaturen von den roten Blutkörperchen absorbiert wird, um dann bei 37° im Zusammenwirken mit dem Komplement Hämolyse zu erzeugen. Ob die Hämolysine Ursache oder Folge (Erich Meyer) sind, steht nicht ganz fest.

Nach den an drei Fällen angestellten Versuchen hat es den Anschein, als übe die Kohlensäure eine hämolysierende Wirkung auf das Blut aus. Das Eintreten der hämolysierenden Wirkung der Kohlensäure kann schon durch geringe Abkühlung hervorgerufen werden. Die Versuche sind nicht abgeschlossen.

Arthur Schucht-Danzig.

Glukosimeter. Skala Zeehandelaar. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 16.) Dem Apparate liegt die Moore-Hellersche Reaktion zugrunde. Der zu untersuchende Harn wird mit Kalilauge gekocht und die erzielte Farbenreaktion mit der Skala des Apparates verglichen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Kritik zur Harnzuckerbestimmung mit dem Glukosimeter nach Zeehandelaar, von Felix Goldmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.) Goldmann weist an der Hand von Tabellen nach, daſs das Z.sche Verfahren (Versetzen des durch Bleiacetat entfärbten Harns nach der Filtration mit einem gewissen Quantum Kalilauge und Kochen desselben; Vergleichen der Farbtöne der so resultierenden gefärbten Flüssigkeiten mit einer Skala, die den empirisch gefundenen Gehalt an Harnzucker angibt) nicht geeignet ist, auch nur approximativ den Gehalt des Harns an Zucker anzugeben, weil die beim Erwärmen des zuckerhaltigen Harns nach Alkalizusatz entstehende Verfärbung mit der Zeitdauer der Erwärmung zunimmt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Untersuchung des Harnzuckers mit dem Glukosimeter, von Zeehandelaar-Amsterdam. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Gegen Goldmanns Kritik seines Verfahrens wendet Z. ein, daſs man die Flüssigkeit nicht wie jener 5 bis 20 Minuten im Wasserbade durchkochen dürfe, sondern wie er angegeben habe, einmal über der Flamme aufkochen lassen und dann noch fünfmal durchziehen müsse. Unter diesen Umständen sei seine Skala doch maſsgebend. An 26 Fällen zeigt er in einer Tabelle die Zuverlässigkeit seines Verfahrens. *Arthur Schucht-Danzig.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Ein Fall von Elephantiasis nostras der Vulva, von Eugenio Gutiérrez. (*Revista ibero-amer. de cienc. méd.* 1909. Nr. 57.) Bereits 1886 hatte G. einen Fall in der spanischen gynäkologischen Gesellschaft demonstriert. Es war eine 26jährige Pluripara mit Elephantiasis der rechten groſsen Labie. Der operierte Tumor wog 2430 g. Der jetzige Fall betraf eine 47jährige Pluripara, welche zur Zeit der Menopause einen groſsen Tumor der linken groſsen Labie bekam. Der Tumor wurde exstirpiert. Filaria sanguinis fand sich nicht. Auch waren weder Lues noch Tuberkulose im Spiel. Mikroskopisch fand sich eine starke Verdickung der Hornschicht, die oft kaum vom Stratum granulosum unterschieden werden kann, da dessen Elemente in starker Verhornung begriffen sind. In der Nähe des in starker Produktivität befindlichen Keimschicht sind weite Hohlräume, die von einer der letzteren Schicht angehörigen Zellreihe umgrenzt und, von degenerierten Zellelementen erfüllt sind. Die Cutis ist infiltriert, ödematös und von zahlreichen Gefäſsen und groſsen Lymphräumen erfüllt, welche beide durch mikrocelluläre und leukocytäre Proliferation stark verdickte Wandungen aufweisen. *Gunsett-Straſsburg.*

Über die weitere Verwendbarkeit des Para-Amidobenzoësäureäthylesters und die Präparate Sanovagin und Cocainolcrême, von Pinner und Siegert. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Sanovagin ist ein Kombinationsprodukt von Para-Amidobenzoësäureäthylester, β-naphtoldisulfosaurem Aluminium-Zinkacetat, Dijodsalicylsäure-Methylester, Hg oxycyanatum und Thymol. Diese Medikamente sind zu kleinen, selbst für Einführung in die virginelle Vagina geeigneten Globulis verbunden. Das Präparat ist ein lösliches, reizloses Antiseptikum und gleichzeitig Adstringens, das gleichzeitig anästhesierend wirkt, z. B. unerträgliches Jucken in der Vagina beseitigt. Es wurde mit Erfolg angewandt bei akuter und subakuter Blennorrhoe des Weibes, Reizzustand der Vagina infolge Masturbation, Fluor infolge Endometritis, Colpitis senilis.

Bei Pruritus vulvae und Intertrigo wurde Cocainolcrême, eine ähnliche Kombination, mit Erfolg angewandt, ebenso bei Decubitus, schmerzhaften offenen Wunden und verbrannten Stellen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Paraurethraler Absceſs im Verlauf der Blennorrhoe: Diagnostischer Wert des Urethroskops von Luys und dessen therapeutische Indikationen, von Sainz de Aja-Madrid. (*Rev. chin. de Madrid.* 1909. Nr. 8.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

Über einen Fall blennorrhoischer Infektion der Mundhöhle, von Oscar Scheuer-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) Einen Tag nach einem Coitus per linguam traten bei einem 29jährigen, viel rauchenden Manne Exkoriationen an der Zungenspitze auf, in deren Sekret Sch. Gonokokken fand, welche sich bei der Gramschen Färbung entfärbten. Kultureller Nachweis wurde versäumt. *Schourp-Danzig.*

Vorläufige Bemerkungen über die Bakteriologie der Blennorrhoe, von Nathaniel P. Rathbun und Thurston H. Dexter-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 7. Aug. 1909.) Es gibt viele Fälle ungeheilter Blennorrhoe, welche keine subjektiven oder andere objektive Symptome, als durch Reinkulturen aus den Urogenitalsekreten festzustellen sind, haben. Verfasser gehen in dieser Definition der ungeheilten Blennorrhoe noch weiter und erklären, daſs das Fehlen von Eiterzellen im ausgedrückten Prostatasekret keineswegs Heilung einer chronischen Prostatitis bedeutet oder andererseits Nachweis von Eiterzellen oder negative Gram-Färbung absolut beweisend für vorhandene Blennorrhoea sind, ja, daſs wir gegenwärtig noch kein Mittel besitzen, womit wir mit voller Sicherheit die Heilung einer blennorrhoischen Prostatitis bestimmen können. Nur die Reinkultur des Gram-negativen Diplococcus auf Blutserum› welche auf keinen anderen Nährboden übertragen werden kann, ist nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft beweisend für Blennorrhoe, während Gram-positive oder -negative Diplokokken, welche auf anderen Nährböden, wie reinem Agar, Kartoffeln usw. wachsen, von zweifelhaftem Wert für die Diagnose sind. Schlieſslich erklären Verfasser, die Zahl der Fälle von ungeheilter und unheilbarer blennorrhoischer Prostatitis sei weit gröſser als man im allgemeinen anzunehmen scheine, und belegen ihre Ansicht mit einer schematischen Übersicht aus den Fällen ihrer Beobachtungen. *Stern-München.*

Blindheit der Neugeborenen. Prophylaxe durch Erziehung des Publikums, von Prince A. Morrow-New York. (*New York med. Journ.* 15. Mai 1909.) M. ergibt sich aus der Statistik, daſs auf je 200 Geburten ein Fall von Ophthalmoblennorrhoe trifft. Ohne die Crédésche Methode irgendwie schmälern zu wollen, hält er möglichst allseitige Aufklärung des Publikums für das beste Mittel zur Verhütung dieser und anderer geschlechtlicher Infektionen und sollte durch keinerlei sentimentale Gründe, welchen kein Platz bei den Ratschlägen der prophylaktischen Medizin gebühre, diese Aufklärung verhütet werden. *Stern-München.*

Ophthalmie des Neugeborenen und deren Prophylaxe vom Standpunkt des Ophthalmologen, von Charles Stedman Bull-New York. (*New York med. Journ.* 15. Mai 1909.) B. stellt fest, daſs die Blennorrhoe der Neugeborenen eine in den meisten Fällen zu verhütende Krankheit wäre, wenn die Vorschriftsmaſsregeln richtig eingehalten würden, und daſs der Totalverlust für die Vereinigten Staaten von den Verheerungen dieser Krankheit die Summe von sieben Millionen Dollars jährlich erreicht. In Übereinstimmung mit den in vielen europäischen Staaten bestehenden

Gesetzen empfiehlt B. auch für seine Heimat strenge Vorschriften bezüglich Anmeldung und sachgemäßer Behandlung jeden Falles von Augenblennorrhoe, strenge Bestrafung (der Hebammen usw.) bei Unterlassung dieser Anmeldung und schließlich auch möglichst weitgehende Aufklärung des Publikums über die schlimmen Folgen des blennorrhoischen Augenkatarrhs. Als prophylaktisches Mittel hält B. die 2 %ige Silberlösung nach vieljähriger Erfahrung für zu stark, oft zu dem sogenannten „Silberkatarrh" führend, und eine 1 %ige Lösung, welche nicht reizend und ebenso ein wirksames bakterientötendes Mittel sei, für genügend. Die Geburtsurkunden sollten auch dazu dienen, alle Anmeldepflichtigen über die Gefahren, welche die Augen der Kinder bedrohen, und über deren Verhütungsmaßregeln aufzuklären. Was B. also vor allem für die Vereinigten Staaten und speziell New York fordert, ist ein Gesetz, welches außer den Ärzten auch die Hebammen zur Anmeldung jeden Falles von Augenblennorrhoe zwingt und sie verpflichtet, auf dem Geburtsschein anzugeben, ob sie ein prophylaktisches Mittel angewendet haben oder im negativen Falle die Gründe der Unterlassung.

Stern-München.

Verhütung der Blindheit vom Standpunkt des Geburtshelfers, von J. Clifton Edgar-New York. (*New York med. Journ.* 15. Mai 1909.) E. konstatiert, daß trotz der seit 1880 eingeführten Crédéschen Methode noch etwa 25 % aller Insassen der Blindenanstalten infolge von Blennorrhoea neonatorum ihr schlimmes Los zu ertragen haben, und daß daran nicht minder wie Hebammen auch Ärzte die Schuld tragen, indem die Vorbeugungsmaßregeln entweder gar nicht oder in ganz sorgloser, ungenügender Weise ausgeführt würden. Es besteht zwar ein Gesetz, wonach die Hebammen eine 1 %ige Silbernitratlösung in ihrer Ausrüstung haben und bei Eiterausfluß aus den Augen unverzüglich einen Arzt rufen sollen, aber E. hält dies nicht für genügend und fordert, daß jede Geburt innerhalb 36 Stunden den Behörden anzuzeigen und der Geburtsschein derartig beschaffen sei, um Arzt und Hebamme auf die Verhütung der Augenblennorrhoe hinzuweisen. Solange aber das Publikum bezüglich der Gefahren der blennorrhoischen Infektion noch nicht genügend aufgeklärt ist und noch etwa vier Fünftel aller Frauen von den Männern infiziert werden, solange hat der Geburtshelfer, so schließt Edgar, die Pflicht, in die Augen des Kindes unmittelbar nach der Geburt ein Mittel einzuträufeln, das genügend wirksam gegen die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen ist. *Stern-München.*

Ophthalmia neonatorum, von Frederick Krauss-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 15. Mai 1909.) Krauss bespricht die Behandlung der Augenblennorrhoe und teilt sie ein in eine prophylaktische und kurative. Erstere besteht darin, die Geschlechtsorgane der Gebärenden in jedem verdächtigen Falle mit einer Lösung von übermangansaurem Kalium oder anderem Antiseptikum gründlich zu reinigen, unmittelbar nach der Geburt, bevor die Nabelschnur abgebunden ist, zuerst mit trockener, dann mit Borlösung durchtränkter Gaze die Augen des Neugeborenen und ebenso sorgfältig nach der Durchschneidung der Nabelschnur dieselben zu reinigen; in verdächtigen Fällen einen Tropfen einer 2 %igen Arg. nitr.-Lösung in den unteren Bindehautsack zu instillieren. Protargol, Argyrol und andere Ersatzmittel des Arg. nitr. sind nach Verfassers Erfahrung nicht so wirksam, wie dieses. Die eigentliche Behandlung der Augenblennorrhoe teilt er ein in: 1. gründliche Reinigung, am besten mittels einer weichen Gummispritze mit ausgiebiger Anwendung von Borsäure- oder schwacher übermangansaurer Kaliumlösung; 2. Instillation von Arg. nitr. (ein- bis zweimal täglich); 3. Anwendung kalter (Eis-) in den ersten und heißer Kompressen (täglich für kurze Zeit) in den späteren Stadien, um die Lider frei und offen zu halten und dem Eiter Abfluß zu ermöglichen, letztere auch, um die Aufhellung von Hornhauttrübungen zu beschleunigen. Konstante Bäder mit 20—25 %iger Lösung einer organischen Silber-

lösung sind von grofsem Wert, und sollten als mild antiseptisches Mittel in jedem Falle angewandt, nach jeder Reinigung auch ein Tropfen instilliert werden. Aufserdem Atropineinträufelung (zwei- bis dreimal täglich) bei Hornhauttrübung und Abhaltung hellen Lichtes. *Stern-München.*

Nochmals zur Heilung der Neugeborenenblennorrhoe, von Vincenz Fukala-Wien. (*Therap. Monatsberichte.* 1909. Heft 1.) Nach Ansicht des Autors ist das Touchieren der umgestülpten Lidbindehaut mit 4%iger Argent. nitricum-Lösung ein absolut und völlig sicheres Spezifikum. Trotzdem er selbst das Verfahren von Greef nie geübt hat, glaubt er doch, dafs bei diesem wegen zu geringer Konzentration der Argentumlösung das Auge verloren gehen könne. Selbst die von Credé empfohlene allgemein übliche Konzentration von 2%iger Arg. nitric. hält er für zu schwach!
Arthur-Schucht-Danzig.

Über endogene Infektion mit Gonokokken, von O. Haab-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 13.) Fall von Konjunktivitis beider Augen bei florider Urethralblennorrhoe, ohne Gonokokken im Konjunktivalsekret; später traten Iritis, Polyarthritis blennorrhoica an Hüfte, Knie und Fufs hinzu.
Schourp-Danzig.

Artikuläre und paraartikuläre Manifestationen des Trippers, von P. Fernet. (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1909. Nr. 50. Aus *Le Progrès Méd.* 1908. Nr. 48.) Klinische, zusammenfassende Studie. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Osteomyelitis blennorrhoica, von Holmberg. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 14.) Ein 18jähriges Fabrikmädchen heiratete und erkrankte neun Tage nach der Hochzeit an Schmerzen im rechten Bein, welche bald zur Bewegungslosigkeit desselben führten. Vierzehn Tage nach der Heirat mufste sie wegen Erscheinungen einer akuten Osteomyelitis des rechten Oberschenkels in das weibliche Medizinische Institut zu Petersburg aufgenommen werden. Der chirurgische Eingriff führte Eiter im Knochenmark zutage, welcher Gonokokken enthielt. Nach einigen Monaten trat Genesung ein. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zwei Fälle von blennorrhoischer Septikämie, geheilt und gleich von Abdominaltyphus gefolgt. Versuch, die Gonokokkenseptikämie mit Gonokokkenimpfstoff zu behandeln, von Dieulafoy-Paris. (*Académie de méd.* 18. Mai 1909 und *Presse méd.* 1909. Nr. 40.) In dem einen dieser Fälle handelte es sich um einen 23jährigen Bäcker, der mit der Diagnose Abdominaltyphus ins Krankenhaus geschickt worden war. Obwohl klinisch alle Symptome, aufser einigen Einzelheiten, wie z. B. sehr abundante Schweifse für die Richtigkeit der Diagnose sprachen, war doch die mehrfach vorgenommene Widalsche Reaktion negativ ausgefallen. Hingegen ergab die bakteriologische Blutuntersuchung reine Gonokokkenkulturen. Es trat eine Bronchopneumonie auf und auch die Untersuchung des Auswurfes ergab die Anwesenheit von Gonokokken in Verbindung mit Pneumokokken. Gegen Ende der dritten Woche begann der Zustand sich zu bessern, es wurden auch einige Einspritzungen von Wrightscher Gonokokkenvaccine gemacht und am 36. Krankheitstage Entfieberung erzielt. Der Appetit war ein vortrefflicher, der Allgemeinzustand ein sehr guter und schon dachte man den Kranken als geheilt zu entlassen, als er wieder zu fiebern anfing und sich nun ein klassischer Typhus abdominalis mit positiver Widalscher Reaktion entwickelte. Auch dieser Zustand ging in Heilung über, doch war der Gonokokkenbefund im Blute noch längere Zeit nachweisbar. Während der blennorrhoischen Septikämie hatte sich auch Endocarditis mit hauptsächlicher Beteiligung des linken Herzens entwickelt, welche sich dann besserte. Ätiologisch konnte festgestellt werden, dafs der Patient eine Blennorrhoe gehabt hatte, dafs der Ausflufs spontan abgenommen hatte und gleichzeitig die allgemeinen septikämischen Erscheinungen aufgetreten waren.

Einige Monate später konnte Vortragender einen ähnlichen Fall auf seiner Abteilung beobachten. Auch in diesem Falle war Blennorrhoe vorangegangen, doch manifestierte sich die allgemeine Infektion hauptsächlich durch Schwellung und grofse Schmerzhaftigkeit verschiedener Gelenke, Fieber usw. Die Untersuchung des Blutes ergab Reinkulturen von Gonokokken. Auch hier wurde Gonokokkenimpfstoff mit gutem Erfolge angewendet, der Zustand war bereits ein sehr guter, vollständige Entfieberung erzielt, die Gelenke abgeschwollen, als Schüttelfrost eintrat und auch dieser Kranke Abdominaltyphus bekam; die Krankheit nahm den gewöhnlichen Verlauf und endete ebenfalls günstig.

Eine gewisse Ähnlichkeit dieser beiden Fälle ist nicht abzuleugnen; es ist sicher, dafs es sich bei beiden um eine blennorrhoische Septikämie gehandelt hatte, welcher später eine EBERTHsche Infektion gefolgt war. Woher aber letztere ihren Ursprung genommen hatte, konnte nicht festgestellt werden, da die betreffenden Kranken nicht gleichzeitig auf der Klinik lagen, auch sonst keine solche Krankheitsfälle dort vorgekommen waren. Der Vortragende neigt also der Meinung zu, dafs dieselben bei ihrem Eintritte die typhöse Infektion bereits im Leibe hatten, diese längere Zeit latent geblieben war und später auf Grund der vorhergehenden blennorrhoischen Infektion zum Ausbruche gekommen war. *E. Toff-Braila.*

Ein Fall von Sclerosis multiplex nebst Blennorrhoe, von J. SZÉCSI-Genf. (*Syópyászat.* 1909. Nr. 24.) Ein 25jähriger Mann leidet an Sclerosis multiplex, deren Ätiologie Verfasser nicht erforschen konnte. Er hatte auch eine blennorrhoische Prostatitis mit „Goutte militaire“, und vielen Gonokokken. Nach Prostatamassage und Injektionen wurde die Blennorrhoe geheilt und mit ihr verschwanden auch die auf eine Sklerose hinweisenden klinischen Symptome. Daraus folgert Verfasser, dafs auch die Sklerose eine Gonokokkeninfektion war. (Die Arbeit erschien in deutscher Sprache in Nr. 27 der *Klin.-therap. Wochenschr.* 1909.) *Poross-Budapest.*

Über Blennorrhoe bei kleinen Mädchen, von OSKAR SCHEUER-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) 39 Fälle von blennorrhoischer Vulvovaginitis bei Mädchen im Alter von 1—13 Jahren, die innerhalb fünf Jahren zur Beobachtung kamen. In sechs Fällen hatte die Infektion nachweislich durch Stuprum stattgefunden. Einiges über Verlauf und Behandlung, das nichts Neues bringt. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der chronischen blennorrhoischen Vulvitis, von LAVENANT. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 15.) Bei der ausschliefslich an der Vulva lokalisierten chronischen Blennorrhoe wirken Waschungen mit antiseptischen Flüssigkeiten nur nach vorausgegangener Reinigung mit Seife und Bürste. Zur Behandlung der blennorrhoischen Follikulitiden der Vulva empfiehlt L. die Galvanokauterisation, deren Wirkung genau auf die erkrankte Stelle beschränkt bleibt. Auch die kleinen Haut-Schleimhautfisteln, die sich an solche Follikulitiden anschliefsen, werden am besten mittels Galvanokauterisation beseitigt. Bei blennorrhoischen Abscessen der BARTHOLINschen Drüse darf man sich nicht auf die Inzision beschränken, es mufs auch kurettiert, von der Abscefswand möglichst viel exstirpiert und schliefslich noch thermokauterisiert oder eine Ätzung vorgenommen werden. In einem Falle von chronischer blennorrhoischer Vulvitis fand L. ein starkes, hartes, chronisches Ödem der kleinen Labien, das den Eingang in die Vagina vollständig verlegte und den Ausflufs des Menstruationsblutes und die Harnentleerung behinderte; das ödematöse Gewebe wurde operativ entfernt. Bei rezidivierendem Herpes wird die Vulva nach dem Verschwinden der Bläschen mit $^1/_2$%iger Formollösung gewaschen; es lassen sich dadurch weitere Rezidive verhindern. Die in manchen Fällen vorhandenen Wucherungen müssen abgekratzt oder kauterisiert oder — unter Umständen in Narkose — exzidiert werden. *Götz-München.*

Über die Erfolge der operativen und der konservativen Therapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen, von NIKOLAUS CUKOR-Franzensbad. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Literaturzitierung unter Betonung der guten Erfolge richtig geleiteter Badekuren. *Schourp-Danzig.*

Das Chinin in der Behandlung des Pseudorheumatismus blennorrhoicus. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 45.) BRAULT wendet bei dieser Erkrankung Chinin. hydrochlor. und zwar zweimal täglich 0,3 mit gutem Erfolge an.

Gunsett-Straßburg.

Allosan, der Allophansäureester des Santalols, von GEORG SCHWERSENSKI-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 3.) Die Wirkung des Allosan ist diejenige des Santalols. Das Präparat ist geschmacklos und besitzt völlige Reizlosigkeit gegenüber Mundhöhle, Speiseröhre, Magen, Darm und Nieren.

Arthur Schucht-Danzig.

Allosan, von JOHN R. O'BRIEN-Irland. (*The Therapist.* 1909. Nr. 3.) Auf Grund von Erfahrungen, die an einem Dutzend (!) Fällen gesammelt wurden, empfiehlt Autor dieses Präparat zur Unterstützung der Blennorrhoebehandlung.

Arthur Schucht-Danzig.

Thyresol in der Behandlung der Blennorrhoe, von J. COHN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) „Thyresol ist in bezug auf die Heilwirkungen anderer Sandelpräparaten gleichwertig, in bezug auf den Mangel an Nebenwirkungen aber vielen von ihnen überlegen.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Thyresol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von LEVIN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Die Wirkung des Thyresols auf 1. akute erstmalige Blennorrhoen; 2. akute wiederholte Blennorrhoen oder Exazerbationen; 3. chronische Blennorrhoe deckt sich im allgemeinen mit der anderer Balsamica. Den Vorzug verdient das Präparat wegen der Neuheit und abführenden Wirkung der Tabletten, der relativen Geruchlosigkeit und der guten Verträglichkeit. *Strickrodt-Hamburg.*

Ein neues Sandelölpräparat, von VERTUN. (*Ther. d. Gegenwart.* 1909. Nr. 8.) Thyresol wird als ein Fortschritt in der Entwicklung der Santalolpräparate bezeichnet. Von den beobachteten 72 Fällen trat die Wirkung besonders eklatant in denjenigen (vier) hervor, wo eine lokale Therapie nicht angebracht erschien. In einigen Fällen riefen die Tabletten, welche als Laxans Magnesia enthalten, leichtes Unbehagen in der Magengegend und geringen Kopfschmerz hervor, während dann die Perlen anstandslos vertragen wurden. *Strickrodt-Hamburg.*

Über Thyresol, ein neues Santalolpräparat, von HANS EISERT. (*Ther. Monatsh.* 1909. Nr. 8.) Verfasser hält Thyresol für das zur Zeit bestverträgliche Balsamicum. Es wird nicht in Form von Harzsäureverbindungen ausgeschieden, auf welche CUSHNY die Nierenreizungen der seitherigen Santalpräparate zurückführt, während er ihnen eine antiseptische Wirkung fast ganz abspricht. Die Verwendung des Präparates ist daher dann speziell angezeigt, wenn ein Balsamicum längere Zeit hindurch genommen werden mufs. *Strickrodt-Hamburg.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. №. 9. 1. November 1909.

Aus der dermatologischen Klinik (Prof. W. Reiss) der Jagiellonischen Universität zu Krakau.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Keloide.

Von

Dr. Franz Krzysztalowicz,
Prof. a. o. d. Dermatologie in Krakau.

Mit 5 Abbildungen im Text.

In der dermatologischen Nomenklatur kennt man zwei ganz verschiedene Arten von Keloiden, nämlich wahre, spontane und falsche, sekundäre oder Narbenkeloide. Man trennt jedoch die Keloide streng von hypertrophischen Narben. Kaposi glaubt, daſs diese letzteren genau die Grenzen des gesetzten Hautverlustes einhalten, in die benachbarte gesunde Haut nicht übergreifen, jedoch nicht im Niveau der Haut bleiben, sondern dasselbe mehr oder weniger überragen. Die meisten Autoren sind der Ansicht, daſs es zwischen wahren und falschen Keloiden grundsätzliche Unterschiede gibt, denn, während die ersteren sich als selbständige Tumoren ohne eine uns erkennbare Ursache auf der normalen Haut entwickeln, gehen die letzteren von mehr oder weniger bedeutsamen Verletzungen aus, welche Narben hervorrufen können. Für die Frage aber, ob es wirklich solche grundsätzliche Unterschiede gibt, die die beiden Keloidformen unterscheiden lassen, dürften meiner Ansicht nach die histologischen Bilder ausschlaggebend sein. Indessen herrscht in dieser Hinsicht unter den Verfassern keine Übereinstimmung, da die einen solche Unterschiede ebenso klinisch wie histologisch anerkennen, die anderen dagegen grundsätzliche histologische Unterschiede zwischen den beiden Formen nicht gelten lassen wollen.

Wenn man die klinischen Merkmale der wahren Keloide in Betracht zieht, so tritt besonders ihre spontane Entstehung und ihre Lokalisation augenfällig hervor. Viele Autoren meinen, daſs der Stamm, namentlich die Sternalpartie desselben, deren Lieblingssitz zu sein pflegt (Smith gibt 50% aller Fälle an). Doch sah man auch wahre Keloide am Rücken, an den Seitenteilen des Thorax, am Gesäſs, an den Extremitäten, am Hals,

Nacken, seltener im Gesicht. Alle diese Stellen waren in denjenigen Fällen beteiligt, in welchen die Knötchen massenhaft auftraten, wie im Falle DE AMICIS, REISS, SCHWIMMERS, TSCHLENOWS. Die Geschwülste zeichnen sich durch gewisse klinische Merkmale, wie durch die Glätte der Oberfläche und durch normale Oberhaut aus, welche zuweilen mit gröfseren Haaren oder Lanugohärchen besät ist. Die Farbe gleicht manchmal der normalen Haut, ist in anderen Fällen etwas rosig oder gerötet, erscheint in anderen glänzend mattweifs. REISS erwähnt, dafs alle älteren Knötchen der Spitze der Protuberanz entsprechend eine sehnig glänzende Stelle besitzen, welche DE AMICIS so treffend mit den „oeils de chat"-Steinen verglich. Die Konsistenz ist gewöhnlich derb und hart; die Tumoren sind gewöhnlich scharf begrenzt und ragen über das Niveau der Haut 2—6 mm hervor. Ihre Breite schwankt zwischen 1—2 cm und ihre Länge zwischen 2—8 cm; sie sind also am häufigsten länglich oder oval, selten nur von unregelmäfsiger Form. REISS beschreibt Ausläufer, die hier und da an einigen Knötchen von der Randzone aus in die gesunde Umgebung sich fortsetzen. Aufserdem erwähnen DE AMICIS und REISS eine Involution der Knötchen, da sie an einigen Stellen aplanierte, im regressiven Stadium begriffene Knötchen beobachtet haben, bei welchen die fibröse Beschaffenheit nicht so deutlich zutage trat. REISS beschreibt sie als viel weicher wie die anderen und vergleicht sie mit einer atrophischen Narbe.

Die subjektiven Symptome scheinen bei den wahren Keloiden nur unbedeutend zu sein; die meisten Autoren berichten nach ALIBERT über Jucken und neuralgieartig auftretende Schmerzen.

Wenn man die klinischen Erscheinungen der erwähnten spontanen Keloide mit denen der sekundären vergleicht, so ist es fast unmöglich, nur auf Grund der äufseren Merkmale der Geschwülste, welche auch bei den sekundären Keloiden dasselbe Aussehen haben und ebenso zahlreich sein können wie die spontanen, die beiden Typen voneinander zu unterscheiden. Nur die Anamnese gibt uns mehr oder weniger sichere Winke, ob die Keloide spontan oder nach Traumen entstanden sind; man kann aber daraus nicht schliefsen, dafs nach einem grofsen Trauma ein grofses Keloid entstehen mufs und umgekehrt, da man nach kleinen Traumen nicht selten grofse Keloide beobachtet. Die Gelegenheitsursache für die Narbenkeloide kann sehr verschieden sein.

In vielen Fällen entwickeln sie sich nach unbedeutenden Verletzungen der Haut, wie nach dem Durchstechen der Ohrringe an den Ohren (KIKUZI, KNAPP, PERRIN, BAUMEISTER), in den Narben nach der Impfung (RETOUL, SEDERHOLM), nach Ätzungen mit Medikamenten (Karbolsäure, Sublimat), nach sehr zahlreichen Morphiuminjektionen (HERZOG), nach Verbrennungen (RAVOGLI, SERENIN, BARRET, STEINHEIL, FREUND), infolge des Bisses, z. B. von Katzen (JOSEPH). Man hat auch nach ulcerösen

Syphiliden Keloide beobachtet, nach Lepra, nach Exstirpation tuberkulöser Lymphdrüsen, nach Skrophuloderma, Lupus vulgaris.

Alle erwähnten Gelegenheitsursachen beweisen, dafs die sekundären Keloide bei den einzelnen Individuen nach chronischen Entzündungsprozessen oder nach solchen Traumen entstehen, bei welchen eine komplizierende sekundäre Infektion leicht eintreten und dadurch die Vernarbung der Wunde nach dem Trauma verspäten kann.

T. Fox, J. N. Hyde, de Coley, Darier neigen zu der Anschauung, dafs die Tuberkulose die Entstehung der Keloide begünstige; es ist für diese Autoren sehr wahrscheinlich, dafs die Tuberkelbazillen bei der Entwicklung solcher Tumoren eine Rolle spielen.

Am interessantesten sind die Keloide nach Akne (Dénériaz, Morris, Greig, Taylor, Müllern-Aspergren, Leredde und Pautier, Spiegler, Taliani, Sprecher, nach furunkulösem Bromausschlag, Constantin und Boyreau), nach den verschiedenen Efflorescenzen, die zu dem Krankheitsbilde dieser Affektion gehören. Kennt man doch eine besondere Art von Akne, Keloidakne (Acné chéloidienne der Franzosen, Folliculitis scleroticans nuchae Ehrmann, Nackenkeloid Pellizari, Unna), welche Kaposi als besondere Krankheit, Dermatitis papillaris, beschrieben hat. Diese letzte Akneform entwickelt sich an einer ganz bestimmten Stelle, nämlich am Nacken an der Grenze der behaarten Kopfhaut, wo wir so oft Furunkulose beobachten, — an der Stelle also, an welcher besondere Bedingungen sich vorfinden, welche die Infektion der Follikel begünstigen. Man könnte jedoch auch annehmen, dafs hier nicht die äufseren Ortsverhältnisse, sondern der Bau der kleinen Follikel mit grofsen Talgdrüsen die Ursache bilde, dafs die Infektion leichter eintritt als an anderen Stellen der Hautoberfläche.

Die Verschiedenheit der Krankheitselemente bei Akne — die Komedonen, Pusteln, Papeln, Abscesse, Cysten — erklärt uns genügend die grofse Mannigfaltigkeit der gefundenen Narben besonders in länger dauernden Fällen. Man beobachtet neben oberflächlichen Narben nach den Pusteln auch solche, die ohne Verletzung der Hautoberfläche entstanden sind, wo die Haut eingesunken und verdünnt erscheint, kurz, in der Form einer atrophischen Narbe zutage tritt. Ferner sind die schon erwähnten Keloide allgemein bekannt, welche bei Akne in der Sternalgegend und am Rücken neben verschiedenen anderen Narben entstehen können.

* * *

Viele Autoren, die die selbständige Natur der wahren und falschen Keloide anerkennen, wollen auch deutliche histologische Differenzen sehen, welche die beiden Keloidarten voneinander unterscheiden. Joseph charakterisiert diese Differenz der histologischen Befunde in Mračeks Handbuch folgendermafsen: „Beim wahren Keloid ist der Papillarkörper unversehrt

und durch eine Schicht normalen Cutisgewebes getrennt befindet sich im mittleren und unteren Teile des Coriums ein daselbst gewissermaſsen eingeschobener, nach Art der Fibrome gebauter Tumor. Beim Narbenkeloid dagegen ist ursprünglich eine Narbe vorhanden gewesen, es fehlt also der Papillarkörper und eine feste fast sehnenartige Neubildung mit den verschiedensten Übergangsstufen hat die Stelle des Coriums eingenommen.“ Er nimmt aber auch an, daſs es Übergänge zwischen diesen beiden Typen gibt. Das wichtigste Merkmal, das Erhaltenbleiben der Papillarschicht, kann mit der Zeit schwinden, denn das wahre Keloid kann auch diese Schicht einnehmen, wie im Falle Babes, Thorn u. a. Für das wahre Keloid wird vielfach angenommen, daſs der Verlauf der Faserbildung zur Oberfläche und zur Längsachse des Tumors parallel gerichtet ist. Reiss, der einen typischen Fall eines wahren Keloids beobachtet hat, sagt, daſs es nur an den Randpartien der Effloreszenz viele zur Oberfläche des Querschnittes parallel verlaufende Bindegewebszüge gibt, daſs aber die Faserung im Bereiche der zentralen Partien des Tumors vielfach eine regellose Verflechtung, meistens aber wahre Nester und Wirbelbilder darstellt. Joseph hat also recht, wenn er sagt, daſs diese Verlaufsrichtung der Fasern nicht als ein absolut prägnantes Merkmal gilt, denn es finden davon mannigfache Abweichungen statt.

Man sieht also, daſs es eigentlich keine histologischen Differenzen zwischen den beiden Keloidtypen gibt, — besonders solche, auf Grund deren man die Art des Krankheitstypus diagnostizieren könnte. Deshalb gibt es heute in dieser Hinsicht bedeutende Meinungsverschiedenheit unter den Autoren; die einen erkennen nach Alibert die selbständige Natur der beiden Typen an (Kaposi, Warren, Langhans, Neumann, Schwimmer, Ravogli, Reiss, Joseph), die anderen sehen keine prinzipiellen Unterschiede (Besnier, Barthélemy, Hutchinson, Welander, Schütz, Jadassohn, Unna, Berliner, Tschlenow), äuſsern sich jedoch verschieden.

Besnier meint, daſs es nur eine Keloidform gibt, welche sich anscheinend primär oder sekundär auf dem Boden irgendeiner anderen Affektion entwickelt.

Schütz kommt zu dem Schlusse, daſs das Keloid vor allem ein klinischer und dann erst ein pathologisch-anatomischer Begriff ist. Die Unterscheidung zwischen wahrem und falschem Keloid hat auch vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt keine Berechtigung, denn das Erhaltenbleiben der Papillen bewirkt noch nicht das Fehlen eines Traumas, welches auch subepidermoidal erfolgen könnte.

Welander meint, daſs es unrichtig sei, zwischen echten, spontanen und falschen Keloiden (Narbenkeloiden) zu unterscheiden.

Jadassohn sagt, daſs die Unterscheidung der wahren Keloide von den falschen immer mehr an Boden verliert. Augenscheinlich führen

auch die spontanen Keloide zu einer Abflachung der Papillen. Ganz unmerkliche Veränderungen können bei dazu disponierten Personen zur Bildung typischer Keloide führen (beispielsweise vereiternde Akneknötchen). J. sagt weiter, dafs zur Entstehung aller wahren Keloide ein äufserer Anstofs notwendig ist und dafs zwischen dem spontanen und dem Narbenkeloid keine scharfen histologischen Unterschiede existieren.

Unna behauptet direkt, dafs die Keloide bei dazu neigenden Personen in der Umgebung jeder Verletzung, besonders eines sichtbaren Traumas (Verletzung, Naht), niemals aber auf spontanem Wege entstehen. Die scheinbar spontanen entwickeln sich sicher fast immer infolge von Kratzeffekten auf Grund eines seborrhoischen Ekzems daselbst.

Berliner kommt auf Grund von klinischen Beobachtungen und histologischen Befunden zu dem Schlusse, dafs die spontanen Keloide als eine sekundäre, von chronisch entzündlichen Vorgängen in der Umgebung von Talgdrüsen bedingte Affektion angesehen werden müssen.

Tschlenow hat einen Fall eines Keloids mit einer ungewöhnlich grofsen Menge (431) von Knoten beschrieben, zählt aber, obwohl er dabei bei demselben Patienten einen grofsen Reichtum von Akneknötchen und Veränderungen seitens der Talgdrüsen (Atheromata, Milia, Comedones) beobachtete, diesen Fall zur Gruppe der spontanen Keloide, indem er zu folgendem Schlusse gelangt: Sowohl die klinischen als auch histologischen Befunde zeigen, dafs die frühere strenge Einteilung der Keloide in primäre und sekundäre keinen berechtigten Grund hat, da diese beiden Arten von Keloiden sich nach ein- und demselben Typus des Narbenkeloides entwickeln. Trotzdem kann eine solche Einteilung im Interesse der Bequemlichkeit für das klinische Denken beibehalten werden.

Darier spricht sich in seinem Lehrbuche darüber folgendermafsen aus: „C'est à tort qu'on a voulu distinguer les chéloïdes cicatricielles et les chéloïdes spontanées; il s'agit d'une seule et même tumeur.“

Schon die zitierten Anschauungen beweisen meiner Meinung nach zur Genüge, dafs von einer strengen Differenzierung dieser beiden Typen keine Rede sein kann, zumal da einige Krankheitsfälle, welche in der Literatur als spontane beschrieben worden sind, — als sekundäre, welche auf Grund der sichtbaren, gleichzeitig existierenden Krankheitserscheinungen aufgetreten sind, zu imponieren scheinen. Als ein eminentes Beispiel dafür scheint mir der Fall von Tschlenow zu dienen, welcher trotz des Befundes so sichtbarer Akneeffloreszenzen und seborrhoischer Erscheinungen, denselben keine dominierende Rolle bei der Entstehung der Keloide zuschreibt. Er sagt: „Wir leugnen nicht bei unserem Kranken die Möglichkeit des Entstehens einiger Keloide auf dem Boden der Akne, . . . es kann aber nie und nimmer zugegeben werden, dafs alle Keloide bei unserem Kranken sich auf diesem Wege entwickelt haben.“ Niemand wird meiner Meinung

nach die Behauptung des Verfassers, daſs eine auſserordentliche Neigung zu einer besonderen Wucherung des Bindegewebes bei jeder Art von Reiz (mechanischer Schlag, Lichteinwirkung, Exzision, Akne) besteht, für genügend begründet erachten. Zwar können wir mit allen Autoren annehmen, daſs eine besondere Disposition bestehen muſs, da nicht in allen Fällen von deutlichen Traumen, welche eine chronische Entzündung der Haut hervorrufen, Keloide entstehen, der erwähnte Fall bildet aber einen evidenten Beweis, daſs die Akneerscheinungen bei besonderen Bedingungen die Ursache der Entstehung auch zahlreicher Keloide sein können. TSCHLENOW hatte nach meiner Meinung vollkommen das Recht die Keloide in seinem Falle als „spontane“ in heutigem Sinne zu bezeichnen, doch kann ich ihm nicht beistimmen, wenn er die Möglichkeit der Entstehung einiger der gefundenen Keloide auf Grund der Akne zwar nicht negiert, aber doch nicht zugibt, daſs alle gefundenen Geschwülste auf demselben Grund entstanden sind und daſs er der Richtigkeit der Anschauung BERLINERS so scharf entgegentritt.

* * *

Der von mir in der Krakauer dermatologischen Klinik beobachtete Fall stellte sich folgendermaſsen dar:

Lejzor W., 35 Jahre alt, Arbeiter, hat vor acht Jahren am Rücken und an den unteren Extremitäten einige Furunkel gehabt. Seit vier Jahren hat er am Thorax Knötchen beobachtet, die sich allmählich vergröſserten. Bei der Aufnahme in die Klinik wurden einige derbe Knötchen hauptsächlich am Rücken und an der Brust beobachtet. Die Geschwülste waren von verschiedener Gröſse, erbsen- bis haselnuſsgroſs. Von den zwei gröſsten Knötchen saſs eines in der Gegend des linken Schulterblattes, das zweite in der unteren Sternalgegend. Die kleineren befanden sich nur am Rücken. In der Umgebung der Geschwülste sah man keine entzündliche Reaktion, sie saſsen in der Haut, mit welcher sie verschieblich waren. Die Oberfläche der Haut war an den gröſseren Knötchen etwas glatter als in ihrer Umgebung und hier und da auch mit kleinen Närbchen bedeckt, die kleineren Geschwülste waren mit ganz normaler Haut überzogen. Die Gestalt der Geschwülste war meistens oval, der kleineren mehr rundlich, bei allen war die Hautoberfläche mehr oder weniger hervorgewölbt. Ihre Konsistenz war derb und hart. Neben den Geschwülsten wurden auf der Haut des Rückens und der Sternalgegend verschiedene Akneeffloreszenzen und Unregelmäſsigkeiten seitens der Talgdrüsen (Comedones, Pusteln, Papeln, Milia, Atheromata) beobachtet und die Comedones auch in der die Geschwülste bedeckenden Haut.

Es wurden vier Geschwülste aus der Rücken- und Pektoralhaut ausgeschnitten, so daſs nur einige kleinere zurückblieben. Auf dem Durch-

schnitte sah man makroskopisch, besonders der gröfseren Geschwülste, fibröses Gewebe von scharfer Begrenzung, welches sich von der umgebenden Haut deutlich unterschied.

Das ganze makroskopische Bild der beschriebenen Geschwülste liefs also nicht zweifeln, dafs wir es mit Keloiden zu tun gehabt haben, — zweifelhaft war dieser Fall nur insofern, als es fraglich war, ob man die Keloide spontan oder sekundär nennen soll. Das äufsere Aussehen der Keloide selbst erlaubte nicht die Natur derselben zu bestimmen, die begleitenden Symptome der Haut aber (Akne- und Seborrhoeerscheinungen) sprachen dafür, dafs wir es in diesem Falle mit Aknekeloiden zu tun hatten, wie z. B. in den Fällen von Berliner, Tschlenow. In Anbetracht dessen, dafs entzündliche Erscheinungen vorhanden waren, konnte man die Spontanentstehung in diesem Falle ausschliefsen, obwohl ein Trauma im wahren Sinne des Wortes nicht vorgelegen hatte. Es mufs aber auch bemerkt werden, dafs man klinisch keine Merkmale beobachtet hat, welche unsere Keloide von den als spontane beschriebenen z. B. im Falle de Amicis, Reiss und ähnlichen unterscheiden liefsen. Nur die begleitenden Symptome, wie Akne und Seborrhoe waren hier deutlich ausgeprägt. Ähnliche Erscheinungen erwähnt in seinem Falle Tschlenow — und Reiss sagt auch, dafs bei seiner Kranken auf der behaarten Kopfhaut Seborrhoe mäfsigen Grades und an den unteren Extremitäten deutliche Spuren von Lichen pilaris bestanden, also Erscheinungen seitens der Follikel und Talgdrüsen.

Aus dem histologischen Bilde der von mir untersuchten Geschwülste will ich nur einige Tatsachen anführen, die die Pathogenese der Geschwülste und die Art ihrer Entstehung erklären könnten.

Die exzidierten Geschwülste liefsen bei der histologischen Untersuchung keine Merkmale erkennen, nach denen sie als spontan oder sekundär zu beurteilen wären. Vor allem war die Struktur des Gewebes der Tumoren für die Keloide im allgemeinen sehr charakteristisch. Dieses Gewebe war fibrös, enthielt aber verhältnismäfsig zahlreiche Bindegewebszellen, wodurch es sich von dem der gewöhnlichen Fibrome unterschied. Die Bindegewebsfasern verliefen in Zügen von verschiedener Gröfse und in verschiedener Richtung. Das mikroskopische Bild stimmte ganz mit dem im Falle von Reiss überein: im Bereiche der zentralen Partien waren nämlich die Fasern des Tumors vielfach regellos miteinander verflochten und bildeten meistens wahre Nester und Wirbel und nur in den Randpartien verliefen die Bindegewebszüge meistens parallel zur Oberfläche des Querschnittes. Während in der Mitte der Geschwülste die Bindegewebsfasern in gröfseren Massen in einer Richtung verliefen, sah man in den peripheren Partien kleinere Gewebsabschnitte, welche sich von dem mittleren Teil, von der Hauptmasse des Tumors, hauptsächlich durch den regulären

Verlauf der Faser, entweder in Form länglicher Züge oder in Form mehr ovaler und rundlicher mit zirkulären Faserverlauf abtrennten (Figur 1).

Die erwähnten Zellen, welche die Fasern begleiteten, gehörten dem Typus der hypertrophischen Bindegewebszellen, von verschiedener Gestalt, an, die wir so oft in jungem Bindegewebe treffen (Figur 2). Diese Zellen, welche im Zentrum des Tumors zahlreicher waren als in der normalen Haut, fanden sich in den peripheren Teilen der Geschwulst in noch gröſserer Menge vor, besonders aber in den abgetrennten Abschnitten. Die Fasern und Zellen verliefen längs der Gefäſswände, obwohl die Gefäſs-

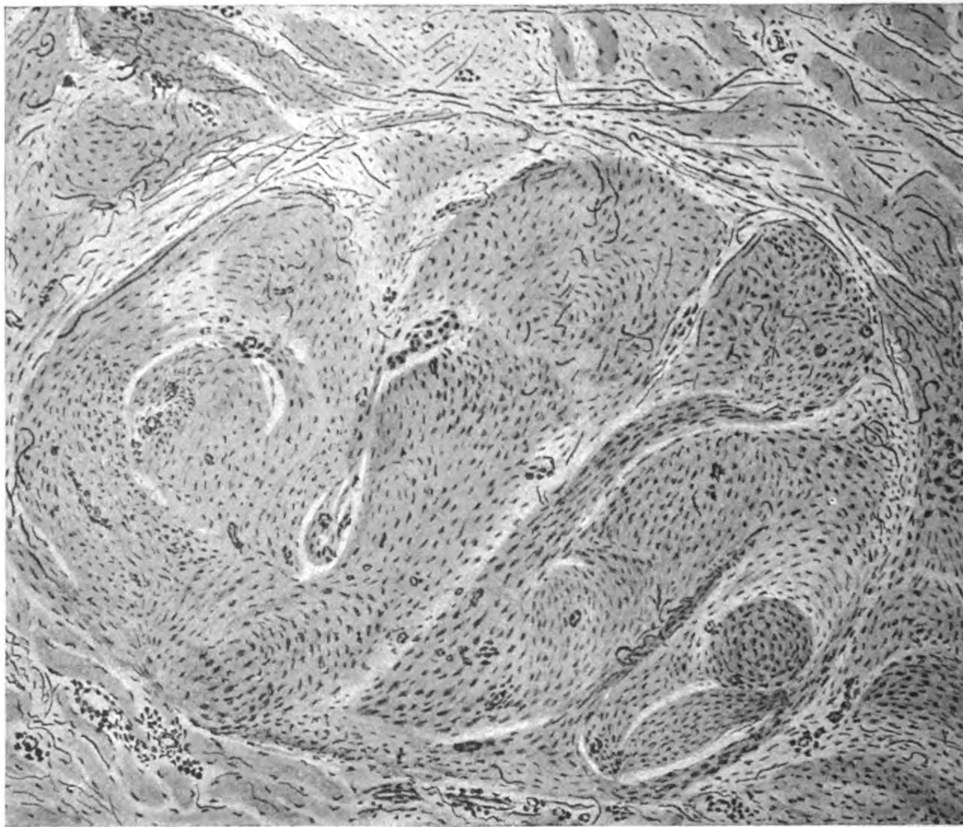


Fig. 1.

wände selbst keine Infiltration aufwiesen. Dagegen waren die Gefäſse in der unmittelbarer angrenzenden Haut ganz deutlich infiltriert. Das Infiltrat bestand neben hypertrophischen Bindegewebszellen aus Plasma- und Mastzellen (Figur 3). Diese letzteren waren in verhältnismäſsig groſser Zahl in den peripheren Teilen des Tumors wie in der umgebenden normalen Haut zu finden (Figur 3 u. 4). Ein solches Infiltrat in der Gefäſsumgebung fand ich nur ausnahmsweise in dem mittleren Teile der Geschwulstmasse selbst, namentlich der kleineren Keloide (Figur 2), in der Regel jedoch umgaben die Infiltrate auſserhalb der Geschwülste in der

benachbarten normalen Haut verlaufende Gefäſse (Figur 3). Auch wiesen die Gefäſswände in der Geschwulstmasse in der Regel keine deutliche Veränderung auf, nur waren Längsschnitte von Gefäſsen in der Geschwulst selbst auf gröſsere Strecken sichtbar, als dies gewöhnlich in der normalen Haut der Fall ist.

Aus den Infiltraten längst der Gefäſse, aus der gröſseren Menge der Zellelemente in der Peripherie und aus dem Verlauf der Fasern längs der Gefäſswände kann man schlieſsen, daſs die Gefäſse einen aktiven Anteil an diesen Prozeſs nehmen und daſs die Keloide an der Peripherie wachsen. Es soll auch bemerkt werden, daſs die Infiltrate in der Um-

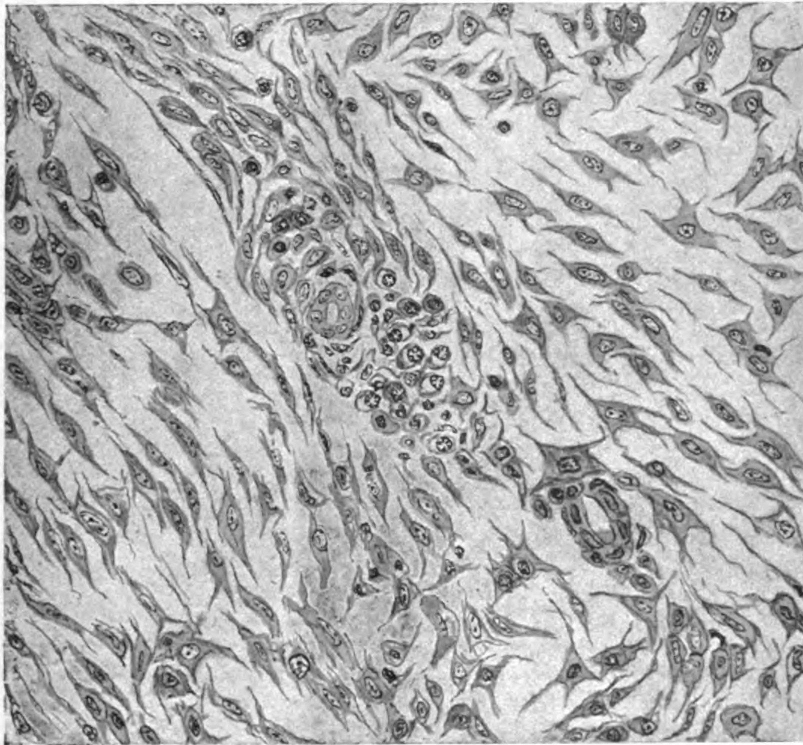


Fig. 2.

gebung der Gefäſse dort besonders sichtbar waren, wo in der Umgebung der Geschwulst ein Haarfollikel lag. Daſs die Gefäſse bei der Entwicklung der Keloide eine wesentliche Rolle spielen, hat Schütz in seiner Arbeit in exakter Weise bewiesen.

Es ist vielfach hervorgehoben worden, daſs im histologischen Bilde der Keloide der Unterschied zwischen spontanen und sekundären Keloiden auf dem normalen Verhalten des Papillarkörpers beruht. In den von mir untersuchten Geschwülsten habe ich verschiedene Verhältnisse gefunden. In den groſsen Tumoren war die Papillarschicht von unten etwas abgeplattet und die Kollagenfasern hatten in engem Zuge eine zur Hautober-

fläche parallele Richtung, so dafs eine sogenannte Grenzzone fast gar nicht existierte, da die Geschulstmasse bis zur Papillarschicht reichte. Ein so veränderter Papillarkörper befand sich aber nur auf dem Gipfel in der Mitte der Geschwulst, in den peripheren Teilen war er ganz normal, da der Tumor eine rundliche Gestalt hatte und mit der Konvexität seiner Oberfläche nach oben gerichtet war. In den kleineren Tumoren war die Papillarschicht in der ganzen Ausdehnung ganz normal, obwohl die Geschwulstmasse mit ihrem Gipfel an die untere Grenze dieser Schicht heranreichte.



Fig. 3.

Ein eminentes Merkmal des Keloidgewebes bildet auch der Mangel an elastischen Fasern. Einige Verfasser, wie SCHÜTZ, habe keine elastischen Fasern gefunden, die anderen, wie JOSEPH, REISS, TSCHLENOW u. a., haben sie nur in kleiner Menge in den peripheren Partien der Geschwülste nachgewiesen. In meinen Tumoren habe ich auch nur sehr spärliche elastische Fasern zwischen den Bindegewebsbündeln der Geschwulst selbst, öfters aber Reste derselben in der Umgebung der Tumorgefäfse beobachtet. In den angrenzenden Teilen der normalen Haut waren die Fasern ganz normal (Figur 1). Die Elacinfärbung hat mir in keinem der untersuchten Tumoren

positive Resultate ergeben (was Schütz, Joseph, Reiss einstimmig erwähnen), ich kann deshalb die Anwesenheit solcher Fasern ganz sicher ausschließen. Nebenbei sei noch bemerkt, daß die elastischen Fasern in den größeren Geschwülsten viel spärlicher waren, als in den kleineren. Dieser letztere Umstand als auch der Befund von Resten von elastischen Fasern inmitten der Geschwulstmassen läßt vermuten, daß die Entwicklung des Keloidgewebes, welches zwischen die Kollagenfasern der normalen Haut hineinwächst, durch Druck die Atrophie des normalen Kollagens und der elastischen Fasern herbeiführt, die letzteren aber als die resistenteren länger

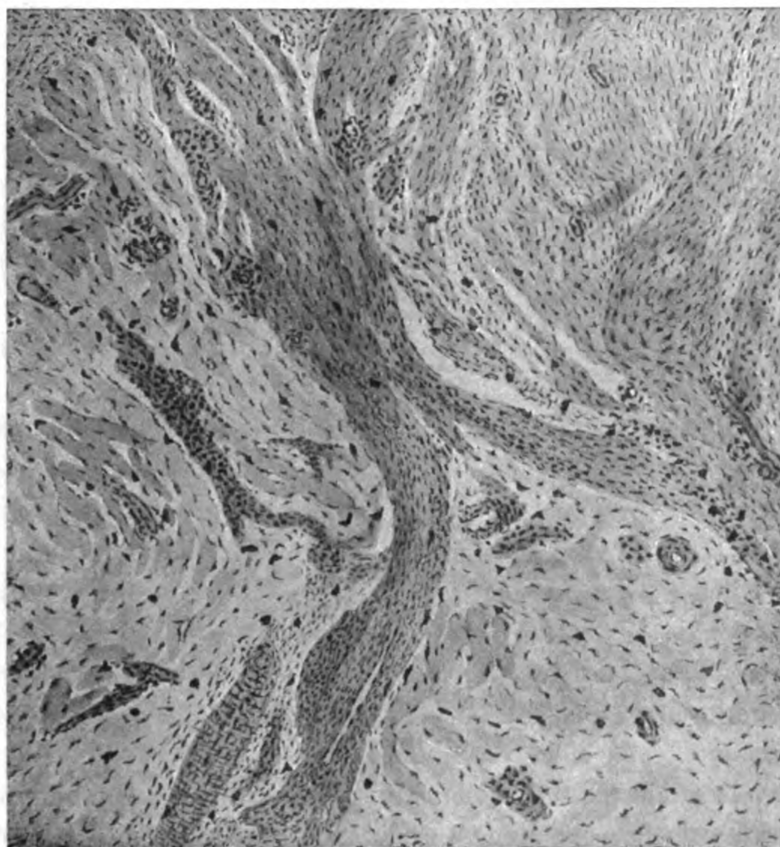


Fig. 4.

persistieren können. Deshalb findet man sie in Resten auch in stark entwickelten Tumoren. Bei guter Kollagen-Elastinfärbung kann man diesen Kampf der beiden Elemente an der Peripherie der Geschwülste sehen, nämlich der normalen Hautelemente und des neugebildeten Gewebes, welches zwischen die einzelnen Kollagenbündel hineinwächst und ihre Atrophie herbeiführt.

Dieses ganze histologische Bild liefert also einen Beweis, daß der Entwicklung des Keloidgewebes ein Entzündungsprozeß in der Umgebung der Gefäße vorangeht (Figur 3). Die in der Geschwulst selbst gefundenen

infiltrierten Gefäſse (Figur 2) und die in der Umgebung der Tumoren beobachteten Gefäſsinfiltrate beweisen, daſs die Entwicklung des Gewebes längs der Gefäſse von statten geht, wodurch der verschiedene Verlauf der Fasern in der Mitte und in den peripheren Teilen der Tumoren bedingt wird (Figur 1). Einen noch stärkeren Beweis bilden die Gefäſse, welche aus der Peripherie in die Geschwulst hineinwachsen, worauf die von den Autoren erwähnten Ausläufer hinweisen (Figur 4).

Die Art der Geschwulstbildung erklärt uns auch das Bild der Richtung der Bindegewebsfasern in den verschiedenen Regionen des Tumors. Auf dem beigegebenen Schema (Figur 5), welches nach mehreren Präparaten gezeichnet worden ist, sieht man in der Mitte und oben ein trichterförmiges Faserbündel, welches beiderseits von Tumorgewebe mit ver-

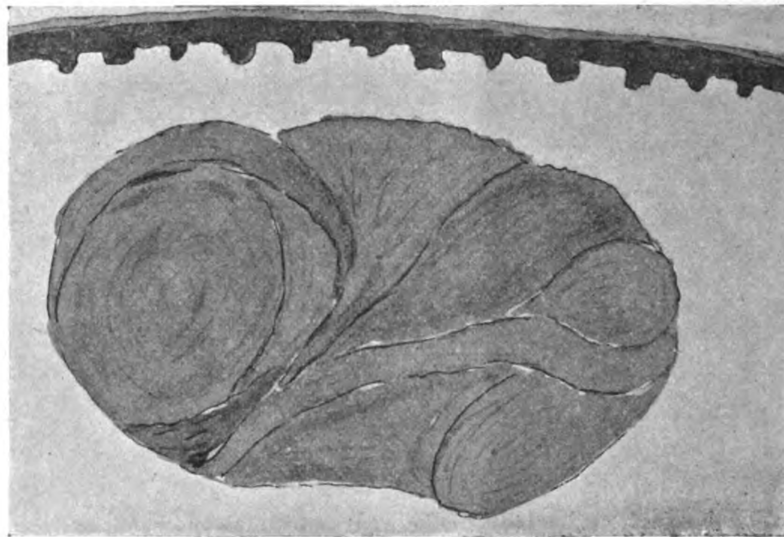


Fig. 5.

schiedener Faserrichtung umgeben ist. Dieses mittlere Bündel mit schieflaufenden Fasern erweckt den Verdacht, daſs dieser zur Hautoberfläche schräg verlaufende Teil sich an der Stelle des Follikels, welcher unter dem Einfluſs des hypertrophischen Bindegewebes atrophierte, entwickelt hat. Die in der Arbeit von Reiss beobachteten Bilder mit dem veränderten Follikel in der Mitte, sind, wenn ich diese mit meinen Bildern vergleiche, nicht zufällig.

Der Zustand, der die Follikel begleitenden Gefäſse in der Umgebung der Geschwülste, wie auch die atrophierenden Follikel und Talgdrüsen in den Geschwülsten, scheinen dafür zu sprechen, daſs der Entzündungsprozeſs in der Umgebung dieser Hautadnexe stattfindet und daſs um die Follikel die Hypertrophie des Bindegewebes ihren Anfang nimmt. In diesem wuchernden Gewebe machen sich gewisse Unterschiede zwischen

den mittleren und peripheren Teilen geltend, da man in letzteren mehr Zellelemente vorfindet, wie solche in allen frischen Narben nach entzündlichen Prozessen beobachtet wurden. In den gewöhnlichen Narben kann sich elastisches Gewebe nachbilden (Unna, Kromayer), in den Keloiden aber findet es sich nur in Resten vor und zwar nicht neugebildet, sondern in Atrophie begriffen. Wir haben es hier also nicht mit einer gewöhnlichen Narbe nach Substanzverlusten zu tun, sondern mit stark hypertrophierendem Gewebe, welches in der Peripherie bedeutend wuchern kann. Diese fortschreitende Wucherung des neugebildeten Gewebes läſst sich durch den chronischen Entzündungsprozeſs in der Umgebung der Tumoren erklären.

Was kann man also aus dem histologischen Bilde in pathogenetischer Hinsicht in meinem Falle schlieſsen? Die gefundenen Tatsachen bestätigen mehr oder weniger das Bild, welches die meisten Autoren für das spontane Keloid als charakteristisch erachten und dennoch kann ich, wenn ich alle Einzelheiten des klinischen und mikroskopischen Bildes in Betracht nehme, die Keloide in meinem Falle als Begleiterscheinung der Akneeffloreszenzen betrachten. Ich kann ferner mit gröſster Wahrscheinlichkeit daraus schlieſsen, daſs die nach Akneerscheinungen entstandenen Keloide das Bild der spontanen annehmen.

Endlich hätte man sich die Frage vorzulegen, auf welche Weise und aus welcher Form von Akneeffloreszenzen die Entstehung eines Keloids pathogenetisch zu erklären wäre? Es ist allgemein bekannt, daſs ein Komedo längere Zeit bestehen kann, ohne irgend welcher Veränderung zu unterliegen, andererseits wissen wir, daſs aus demselben follikuläre und perifollikuläre Abszesse entstehen. Dabei beobachtet man bei Akne sehr oft tiefer liegende Papeln, welche eine normale Hautoberfläche besitzen und nicht selten ohne sichtbare Komedo andauern. Solche Knötchen sind in dem mittleren Teil der Haut tastbar, welche nur wenig von diesen erhoben wird. Beim Betasten sind sie hart und mit der Haut verschiebbar. Im Anfang läſst sich zuweilen durch starken Druck etwas Flüssigkeit aus dem Knötchen ausdrücken, häufiger aber ist das Knötchen etwas schmerzhaft und läſst auch bei stärkstem Drucke keinen Tropfen auf die Hautoberfläche heraustreten. Bei längerer Dauer eines solchen Knötchens, welches sein äuſseres Aussehen nicht verändert und nur allmählich bis zur Walnuſsgröſse heranwachsen kann, bleibt die Hautoberfläche unverändert. Das inmitten der Haut liegende Knötchen ist noch härter und nicht schmerzhaft und kann in solchem Zustande eine Reihe von Jahren verbleiben. In der Gesichtshaut sind solche Knoten sehr selten, häufiger sind sie an der Grenze des Gesichtes und Halses, ferner am Nacken, an der Brust und am Rücken. Histologisch findet man im Anfange solcher Fälle einen Eiterherd in der Mitte oder im unteren Teile des Follikels,

welcher von einer Schicht junger Bindegewebszellen umgeben ist; längs der Gefäßse sind hypertrophische Bindegewebszellen, und die UNNAschen Plasmazellen zu sehen. Zu diesem Bilde gehört noch verhältnismäßsig eine großse Menge von Mastzellen in der Infiltration und deren Umgebung.

Infolge dieser starken entzündlichen Bindegewebsreaktion, welche so großse Bedeutung in verschiedenen chronischen Entzündungsprozessen hat, z. B. im Lupus, vermindert sich der Eiterherd immer mehr in und um den Follikel, welcher mit der Talgdrüse allmählich atrophiert. Indem nun das Bindegewebe sich immer mehr verbreitert, bildet es endlich ein fibröses Gebilde, das wir als das beschriebene, länger dauernde Knötchen beobachten. Ein solcher Prozeßs kann sehr lange dauern, und da diese hyperplastische Entzündung fortschreitenden Charakter hat, kann das Knötchen zu verhältnismäßsig bedeutender Größse heranwachsen.

In Abhängigkeit von den Eigenschaften des Organismus, wahrscheinlich auch von den lokalen Verhältnissen, kann das neugebildete Bindegewebe im weiteren Verlaufe eine gewöhnliche Narbe bilden, — kann sich aber auch bei längerer Dauer zu fibrösem Gewebe organisieren und ein fibröses Gewebe inmitten der Haut bilden.

Als Beweis dafür, daßs solche Hypertrophien des Bindegewebes nach chronischen Entzündungsprozessen zustande kommen können, mögen auch die histologischen Bilder der verschiedenen Stadien der Vernarbung dienen, z. B. nach Lupus, der unter der Einwirkung von Medikamenten oder spontan vernarbte. In solchen Fällen stellt das Gewebe in der Narbe ein ähnliches Bild dar, nämlich fibröses Gewebe mit einer verhältnismäßsig großsen Menge von hypertrophischen Bindegewebszellen. In solchem stark hyperplastischen und diffuser als in Keloiden auftretenden Bindegewebe sieht man ebenfalls keine Bildung von elastischen Fasern. Makroskopisch hebt sich eine solche Narbe über die Oberfläche empor.

* * *

Wenn man die Fälle BERLINERS, TSCHLENOWS und den oben erwähnten einer eingehenden Betrachtung unterzieht, mußs man zu dem Schlusse kommen, daßs es zwischen den Keloiden, die als spontane betrachtet werden können und den nach Akneeffloreszenzen auftretenden — den Keloiden also, die als Folge von chronischen Entzündungsprozessen in der Umgebung der Follikel und der Talgdrüsen entstehen —, keine prinzipiellen, weder klinische noch histologische Unterschiede gibt. Deshalb stimme ich BERLINER bei, wenn er ganz rationell den Zusammenhang der spontanen Keloide mit akneartigen Störungen darzulegen sucht, indem er darauf hinweist, daßs die Keloide am häufigsten um die Pubertätszeit auftreten, daßs viele Patienten beim Entstehen der Keloide gleichzeitig mit verschiedenen Akneeffloreszenzen besät sind und ferner, daßs die Sternalgegend

und der Rücken Prädilektionsstellen beider Affektionen sind. Es sei hier auch die von BERLINER zitierte Bezeichnung der Affektion von RETZ (1790) angeführt, der die Keloide mit dem Namen „dartre de graisse“ (Fettflechte) bezeichnete. Auch mag noch bemerkt werden, daſs DE AMICIS und REISS, welche so typische Fälle spontaner Keloide beschrieben haben, atrophische Narben neben den Keloidgeschwülstchen erwähnen, solche Narben also, die bei Akne so oft am Rücken oder in der Sternalgegend beobachtet werden. Die Anschauung JOSEPHS, daſs das Vorkommen der Keloide im Sinne BERLINERS (nach akneartigen Störungen) ein häufigeres sein müſste, als wir es bisher kennen, scheint mir nicht ganz zutreffend zu sein, da das Aknebild sich unter so verschiedenen Formen darstellt, daſs wir leicht annehmen können, nur einzelne spezielle pathologische Prozesse, die man bei Akne trifft, könnten solche Gewebshyperplasie hervorrufen. Es ist nicht auszuschlieſsen und sollte eher vermutet werden, daſs in diesen Fällen auch eine spezielle allgemeine Anlage erforderlich sei, damit ein solcher Entzündungseffekt entstehen kann.

Deshalb schlieſse ich mich der Meinung derjenigen an, welche behaupten, daſs es keine spontanen Keloide gibt und daſs, wenn man das histologische Bild in Betracht zieht, nur solche als Keloidgeschwülste angenommen werden können, die als Folge chronischer Entzündungen entstehen. Solche Entzündung lokalisiert sich in der Haut sehr häufig in der Umgebung der Follikel und der Talgdrüsen. Der entzündliche Faktor kann auf den oberen oder mittleren Abschnitt dieser Adnexe einwirken.

In dem letzteren Falle braucht derselbe die oberflächlichen Partien nicht zu berühren, wie man das so oft bei verschiedenen chronischen Prozessen, nicht nur bei Akne, sondern z. B. bei Syphilis, bei Tuberkulose beobachtet. Die beiden Arten der Entzündung, die oberflächliche und die tiefere, können die Hyperplasie des Bindegewebes hervorrufen; die oberflächlichen verlaufen mehr akut und sind gewöhnlich nur kurzdauernd, die tieferen dagegen dauern viel länger an und können durch ihre Chronizität die Hyperplasie des Bindegewebes in dem Entzündungsherd bedingen. Deshalb hat das Erhaltenbleiben oder der Mangel des Papillarkörpers bei diesen Prozessen nur eine untergeordnete Bedeutung. Der Mangel ist nämlich davon abhängig, ob neben dem tieferen Entzündungsherd auch ein oberflächlicher bestand (SCHÜTZ, UNNA).

Auf Grund der Keloidbilder und des Vergleiches dieser mit den chronischen Entzündungsprozessen verschiedener Herkunft gelangt man zu dem Schlusse, daſs die Keloide in allen Fällen als Folge von chronischen Entzündungsprozessen entstehen — ferner, daſs die chronische Entzündung um die Follikel und die Talgdrüsen, wenn nicht die einzige, so doch die häufigste Ursache der sog.

spontanen Keloide zu sein scheint. Es ist wohl anzunehmen, daſs neben der allgemeinen individuellen Anlage zu solchen Entzündungsprozessen auch eine individuelle histologische Prädisposition des Cutisgewebes, wie das UNNA annimmt oder eine besondere lokale Infektion bestehen kann, z. B. Tuberkulose, wie das T. FOX, DE COLBY, J. N. HYDE und besonders DARIER meinen. Für diese letztere Anschauung spricht auch die Tatsache, daſs nach tuberkulösen Lymphdrüsenentzündungen, weiter nach Skrophuloderma, Lupus, verhältnismäſsig viel häufiger Keloide beobachtet werden, als nach anderen Hautentzündungen.

Literatur.

ALIBERT, *Mem. d. l. soc. méd.* Paris 1817.

AMICIS, DE, I. intern. derm. Kongreſs. Paris 1889.

ANDERSON, *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXI.

AUDRY, Arbeiten aus der Toulouser Klinik. 1899—1901.

BABES, *Ziemssens Handb. f. Hautkr.* 1884.

— *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1880.

BABESIN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XII.

BALZER, *Ann. de derm. et de syph.* 1898.

BARDUZZI, *Bollet. d. cult. d. sc. med. Sienna.* 1887.

BARRET, *Presse méd.* 1906.

BAUMEISTER, Inaug.-Diss. Würzburg 1905.

BENJAMIN, *Virch. Arch.* Bd. 8.

BERGMANN, *Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 28.

BERLINER, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 34.

BESNIER, *Soc. derm. franç.* 1898.

BLOCK, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1895.

BROCQ, *Traité elem. d. derm. prat.* 1908.

CONSTANTIN und BOYREAU, *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1908.

CROCKER, R., *Brit. med. Journ.* 1886.

DANTEC und BOYÉ, *Arch. de méd.* 1901.

DARIER, *Soc. derm. franç.* 1898.

— *Journ. d. pratic.* 1903.

— *Précis de derm.* 1909.

DÉNÉRIAZ, *Thèse de Paris.* 1887.

DENTU, LE, *Ann. de derm. et de syph.* 1898.

DERVILLE, *Soc. derm. franç.* 1899.

FISCHER, Inaug.-Diss. München 1889.

FREUND, Festschrift KAPOSI. 1900.

GOLDMANN, *Beitr. z. Chir.* 1901.

GOUGEROT und LAMY, *Gaz. des hôp.* 1908.

GREIG, *Scott. Journ.* 1899.

HEIMANN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXV.

HERZOG, *Journ. amer. med. assoc.* Bd. 48.

HOWARD, FOX, *Journ. of cut. dis. incl. syph.* 1908.

HUTCHINSON, *Med. Times.* 1885.

HYDE, J. N., *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1897.

JACOBSON, *Arch. f. Chir.* Bd. 30.

Jadassohn, *Centralbl. f. Chir.* 1896.
Joseph, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 48, 49.
— *Lessers Ensykl. d. Hautkr.* 1900.
— *Mraceks Handb.*
Kahler, Gesellsch. d. Ärzte, Wien 1890.
Kaposi, *Handb. d. Hautkr.* 1899.
Kikuzi, *Beitr. z. klin. Chir.* 1888.
Kirsch, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 78.
Knapp, *Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk.* 5.
Kohn, M., *Wien. med. Wochenschr.* 1871.
Lafitte, *La prat. derm.* 1900.
Langhans, *Virch. Arch.* Bd. 40.
Lefranc, *Thèse de Paris.* 1894.
Leloir und Vidal, *Ann. de derm. et de syph.* 1890.
Lereddé und Pautrier, *Rev. prat. d. mal. cut. et syph.* 1904.
Leroy, *Ann. de derm. et de syph.* 1898.
Levin, *Berl. klin. Wochenschr.* 1889.
Liron, *Thèse de Paris.* 1877.
Marie, *Soc. méd. des hôpit.* 1893.
Meissner, *Derm. Zeitschr.* Bd. III.
Mibelli, *Giorn. ital. d. mal. d. l. pell.* 1893.
Moberg, Derm. Gesellsch. Stockholm, 1908.
Morris, Londoner derm. Gesellsch., 1900.
Müllern-Aspergren, Derm. Gesellsch. Stockholm, 1904.
Nasse, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1891.
Neelsen, *Arch. f. klin. Chir.* 1879.
Newmann, *Journ. of cut. dis. incl. syph.* 1906.
Nicolai, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XIX.
Ory, *Bull. d. l. soc. anat.* 1875.
Perrin, *Ann. d. derm. et de syph.* 1903.
Plonski, Berl. derm. Gesellsch., 1899.
Ravogli, *Journ. amer. med. assoc.* 1904.
— *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896.
Reiss, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 56.
Retoul, *Brit. med. Journ.* 1904.
Scarenzio, Festschrift Kaposi. 1900.
Scheppegrell, *New York med. Journ.* 1896.
Schultze, *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 116.
Schütz, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894.
Schwimmer, *Centralbl. f. Chir.* 1880.
Sederholm, Derm. Gesellsch. Stockholm, 1905.
Serenin, Moskauer derm. Gesellsch., 1907.
Smith, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. 8.
Spiegler, Wiener derm. Gesellsch., 1906.
Sprether, *La Rassegna d. Therapia.* 1907.
Steel, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XIX.
Steinheil, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1906.
Taddei, *La sperim.* 1905.
Taliani, *Clin. dermosyph. Roma.* 1906.
Taylor, *New York med. Journ.* 1902.

Thorn, *Arch. f. klin. Chir.* 1898.
Thibierge, *Ann. de derm. et de syph.* 1898.
Tschlenow, *Derm. Zeitschr.* 1903. Bd. X.
Unna, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX.
— *Dtsch. med. Zeitschr.* 1899.
— *Histopathologie.* 1894.
Vidal, I. internat. derm. Kongreſs, Paris 1889.
— *Ann. de derm. et de syph.* 1890.
Volkmann, *Arch. f. Chir.* 1872.
Warren, Akad. d. Wissensch., Wien 1868.
Welander, *Nord. med. Ark.* 1893.
Wilms, *Beitr. z. klin. Chir.* Bd. XXIII.
Wilson, *Dis. of the skin.* 1876.
Zumbusch, Wiener derm. Gesellsch. 1906.

Aus dem dermatologischen Institut von Prof. Kromayer-Berlin.

Neue Fortschritte in der Anwendung der KROMAYERschen Quarzlampe: Quarzansätze, Blauscheiben.

Von

Dr. Dyck,
Leiter der Röntgen- und Lichtabteilung.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Für die Tiefenwirkung des Lichtes sind zwei Bedingungen erforderlich:
1. eine gute Kompression des zu belichtenden Teiles,
2. ein Licht, das möglichst frei von Wärme- und kurzwelligen Ultraviolettstrahlen ist.

1.

Die erste Bedingung kann dadurch erfüllt werden, daſs die Quarzlampe direkt auf die Haut aufgesetzt und gegen sie angedrückt wird. An unebenen Stellen, besonders im Gesicht, ist das jedoch wegen der Gröſse des Quarzfensters nicht möglich. Es wurden hierfür bisher wasserdurchspülte Vorsatzlinsen benutzt, deren kleineres Quarzfenster auch den unzugänglicheren Hautpartien (z. B. Naso-Labialgegend) angepaſst werden konnte. Durch diese Vorsatzlinsen verringert sich aber die Lichtwirkung nach den bekannten physikalischen Gesetzen des umgekehrten Quadrates der Entfernung. Dieser Nachteil wird durch Quarzansätze, die zuerst von Schüler zur Belichtung der Harnröhrenschleimhaut angegeben worden

sind, vermieden, da in ihnen eine totale Reflexion der Lichtstrahlen an den Aufsenwänden stattfindet, und somit durch die Länge der Ansätze selbst kein oder nur wenig Licht verloren geht. Einen weiteren nicht zu unterschätzenden Vorteil bieten diese Quarzansätze dadurch, dafs sie beliebig dimensioniert und gestaltet werden, und dafs sie bequem dem Fenster der Quarzlampe adaptiert und ausgewechselt werden können. Folgende drei Formen haben sich in zweijähriger Erfahrung in dem dermatologischen Institut von Prof. KROMAYER und im Ost-Krankenhause vorzüglich bewährt und werden nunmehr von der Quarzlampengesellschaft fabrikmäfsig hergestellt.

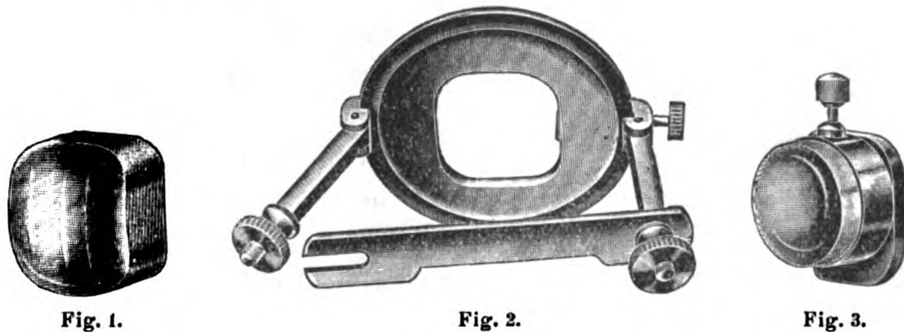


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

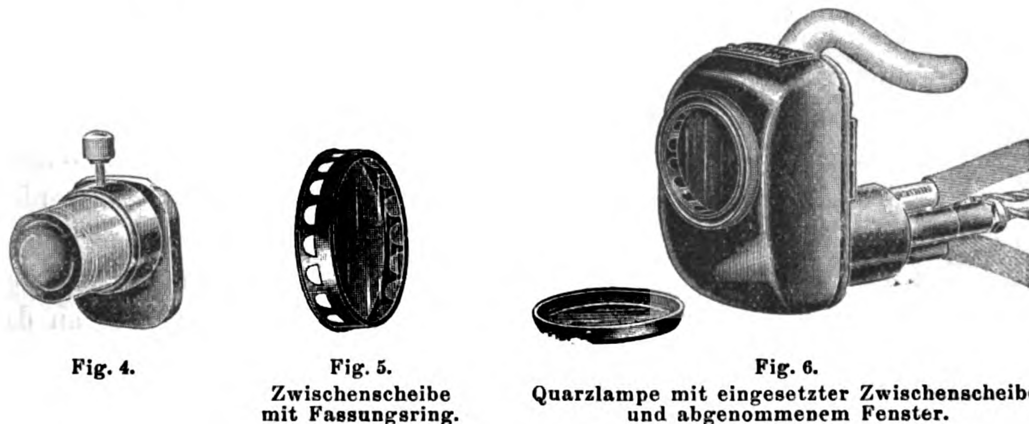


Fig. 4.

Fig. 5. Zwischenscheibe mit Fassungsring.

Fig. 6. Quarzlampe mit eingesetzter Zwischenscheibe und abgenommenem Fenster.

Genau entsprechend der Lage und Gestalt des Leuchtrohres wird der länglich ovale Quarzansatz (s. Fig. 1) mit seiner glatten Fläche direkt auf das Quarzfenster der Lampe mittels eines Metallrahmens fixiert, so dafs er das ganze volle Licht des Leuchtrohres sammelt.

Dimensionen des Quarzansatzes Nr. 1: Höhe 20 mm, Breite 29 mm, Länge 34 mm. In denselben Metallrahmen werden mittels Metallplatte kleiner dimensionierte Ansätze eingefügt: Quarzansatz Nr. 2, niedrige, runde Form, Höhe 22 mm, Durchmesser 27 mm (s. Fig. 3). Quarzansatz Nr. 3, hohe, runde Form, Höhe 30 mm, Durchmesser 20 mm (s. Fig. 4).

Mit diesen Ansätzen wird man den meisten Anforderungen genügen können und eine bequeme Kompression auch der schwerer zugängigen

Hautpartien erzielen. Zur Bestrahlung der Wangenschleimhaut, Zunge, weichem Gaumen müssen natürlich noch anders gestaltete Quarzansätze benutzt werden, die länger sind, sich also der Stabform nähern, und eine mehr oder weniger starke Krümmung aufweisen.

2.

Um dem Licht der Quarzlampe die Überfülle von kurzwelligen ultravioletten und Wärmestrahlen zu nehmen, hatte Prof. KROMAYER seine bekannte Methylenblauspülung angegeben. Einfacher und vor allem präziser wird dies Ziel durch Zwischenschaltung von Scheiben aus blauem Uviolglas erreicht. An Stelle des aus Quarzglas bestehenden Fensters der Quarzlampe wird ein Fenster aus violettem Uviolglas gesetzt, das bekanntlich die blauen, violetten und langwelligen ultravioletten Strahlen gut passieren läſst, dagegen die kurzwelligen ultravioletten Strahlen und die Wärmestrahlen absorbiert. Je stärker das Glas ist, um so stärker auch die Absorption. Es stellte sich nun in praxi heraus, daſs bei Anwendung von 4—6 mm dicken Uviolscheiben als Lampenfenster die Wasserspülung der Lampe das nur von einer Seite bespülte Fenster nicht genügend kühlt, so daſs sich die Blauscheibe durch Absorption der Wärmestrahlen erwärmt. Diese Wärme teilt sich allmählich bei Anwendung von Quarzansätzen diesen mit, so daſs sie den Patienten lästig werden kann.

Um dies zu vermeiden, hat Prof. KROMAYER in dem Raum zwischen Quarzfenster und Quarzkörper, der beiläufig 10 mm Durchmesser hat, also in das Wasserbad selbst, Zwischenscheiben eingesetzt, die vom Wasser rings umflossen und gekühlt werden. Diese Zwischenscheiben werden mittels eines Fassungsringes (s. Fig. 5 und Fig. 6) leicht in die Lampe eingefügt und ebenso leicht wieder entfernt; sie werden in vier Stärken von 2—5 mm Dicke benützt. Das Licht passiert also, bevor es an das Quarzfenster kommt, diese blauen Zwischenscheiben und wird im Wasserbade schon in gleicher Weise gekühlt und filtriert wie bei der KROMAYERschen Methylenblauspülung. Da nun ferner das eigentliche Fenster der Lampe, das in letzter Zeit leicht abnehmbar und auswechselbar konstruiert ist, durch eine Quarzscheibe sowohl wie durch Scheiben von Uviolglas von 1—3 mm Stärke verschlossen werden kann, so resultiert aus der Kombination beider Scheiben — des eigentlichen Quarzfensters und der Zwischenscheiben — die Möglichkeit, das Licht nach Belieben durch Uviolglas von 1—8 mm Stärke passieren und filtrieren zu lassen. Durch diese Möglichkeit kann das Licht in ganz bestimmter Weise in seiner Qualität verändert und den jeweiligen Indikationen angepaſst werden. Es ist aber auch dadurch möglich geworden, wenn eine Lichtqualität (z. B. Filtration durch 5 mm Uviolglas) sich als besonders vorteilhaft für einen Krankheitsprozeſs erwiesen hat, in ganz exakter Weise diese Licht-

qualität wieder anzuwenden, was bei der Methylenblauspülung natürlich nicht in solchem Maſse möglich war.

Das sind sehr bedeutende Vorteile.

Durch die soliden Quarzansätze kann jede noch so schwer zugängliche Hautstelle komprimiert und belichtet werden, ohne daſs, wie bei den vorherigen Spüllinsen, die Lichtstärke verringert wird. Und durch die auswechselbaren Blauscheiben kann das Licht in seiner Qualität beliebig verändert und den Bedürfnissen des Falles angepaſst werden.

Diese Möglichkeit, genau individualisieren und dosieren zu können, bedeutet einen nicht zu unterschätzenden Fortschritt in der Praxis der Lichtbehandlung.

Über ein percutan hervorragend resorbierbares Jodpräparat, das „Jothion".

Von

Dr. Braitmaier-Kiel.

Wenn ich mir erlaube, zu den vielen seither erschienenen Veröffentlichungen über Jothion an dieser Stelle eine neue hinzuzufügen, so geschieht das, weil ich in der langen Zeit, während der ich das Präparat verwandte, mich von seiner hervorragenden Brauchbarkeit überzeugt habe und weil das Jothion eines derjenigen neueren Präparate ist, welches infolge seiner Eigenart tatsächlich gröſstes Interesse beansprucht, zumal es mir scheint, als ob das Präparat nicht annähernd die Beachtung findet, die es in Wirklichkeit verdient.

Ich will hier nicht näher eingehen auf die Vorzüge, die eine epidermatische Jodapplikation vor der internen Jodtherapie hat. Die häufigen Nachteile der letzteren sind nur zu bekannt, als daſs sie besonderer Erwähnung bedürften und jeder Praktiker weiſs, daſs dem ständigen Gebrauch von Jodalkalien manchmal unüberwindliche Hindernisse im Weg stehen. Darüber können aber wohl die Ansichten schon geteilt sein, ob man deshalb immer gleich zu einer epidermatischen Jodtherapie übergehen muſs, denn die moderne Chemie hat auch in dieser Hinsicht manche Verbesserungen gebracht und Präparate geschaffen, welche meist anstandslos vertragen werden. Das Sajodin speziell wird infolge seiner besonders gleichmäſsigen und günstigen Resorption und Assimilationsverhältnisse hervorragend vertragen; nach Boeck[1] kann man damit sogar eine Angewöhnung an Jodalkalien herbeiführen.

[1] *Pharmacia.* 1906. Nr. 11.

Zweifelhaft ist es wohl, ob es zweckmäſsig ist, wenn man speziell eine lokale Jodwirkung erzielen will, daſs man zunächst den ganzen Organismus vom Magen und Darm aus mit Jod überschwemmt, um so das wirksame Agens an den locus morbi zu bringen. Hier erscheint es von vornherein bedeutend plausibler, lokal vorzugehen, wie wir das ja auch schon lange bei gewissen Erscheinungen mit den allbekannten Jodpräparaten wie Jodtinktur, Jodkalisalbe, Lugolsche Lösung und dem seit einer Reihe von Jahren in die Therapie eingeführten Jodvasogen tun.

Hiermit komme ich nun auf den Punkt zu sprechen, den ich besonders hervorheben möchte und auf den in der Literatur verhältnismäſsig recht wenig hingewiesen worden ist. Wenn wir den Ersatz der internen Jodmedikation durch Jothion hier weniger ins Auge fassen, so müſste speziell in bezug auf die Lokaltherapie das Jothion jene primitiven äuſserlichen Präparate bedeutend mehr als dies bis jetzt der Fall ist, verdrängt haben.

Jothion ist eine schwach gelbgefärbte ölige Flüssigkeit, die sich schon durch ihre geringe Färbung vorteilhaft von einzelnen der alten Präparate unterscheidet. Ganz besonders interessant ist jedoch eine Gegenüberstellung des Jodgehaltes. Die Jodtinktur des deutschen Arzneibuches enthält 10% metallisches Jod in alkoholischer Lösung. Die Jodkalisalbe enthält 10% Jodkali = 6,5% Jod; Jodvasogen in der Hauptsache gar nur anorganisch als Jodammonium vorhandenes Jod. Demgegenüber weist das Jothion einen Gehalt von etwa 80% organisch gebundenem Jod auf, so daſs wir also bei einer Verdünnung von 1 : 10 eine immer noch 8% Jod enthaltende Mischung haben, die prozentualiter etwas schwächer ist wie Jodtinktur, dagegen stärker als die Jodkalisalbe.

Steht in dieser Hinsicht das Jothion ganz vereinzelt da, so bedingt noch ein zweiter Umstand seinen bedeutend höheren therapeutischen Wert: das sind seine ausnehmend günstigen Resorptionsverhältnisse.

Es ist doch allseitig bekannt, daſs in Form der erwähnten alten Präparate das Jod überhaupt nicht oder doch nur in verschwindend geringer Menge in den Organismus übergeht. Die die Haut bräunende Jodtinktur wirkt in der Hauptsache ätzend, indem sich nach wiederholter Applikation derselben die Haut in Fetzen ablöst.

Wie bei der internen Jodmedikation der absolute Jodgehalt nicht allein maſsgebend ist, sondern die Affinität des ganzen Moleküls zu den Geweben, die sogenannte Pharmakodynamik eine groſse Rolle spielt, so ist für die Resorption epidermatisch angewandter Medikamente neben anderen Momenten vornehmlich ihr Löslichkeitskoeffizient von Wasser zu Öl maſsgebend. Die betreffende Substanz muſs einmal fettlöslich sein, um in das Fett der Hornschicht aufgenommen zu werden, andererseits aber auch wieder die nötige Wasserlöslichkeit besitzen, um von hier aus in die Lymphbahnen übergehen zu können. Die Verhältnisse liegen nun für das

Jothion in dieser Hinsicht besonders günstig: es ist in Wasser 1 : 80, in Öl 1 : 2 löslich und wird aufserdem durch den Alkaligehalt der Lymphe und des Blutes rasch in Jodnatrium übergeführt, als welches es zur Wirkung kommt und auch im Harn und Speichel ausgeschieden wird. WESENBERG[1] hat durch Eigenversuche und weitere exakte Beobachtungen den Nachweis geliefert, dafs nach mehrfacher Einreibung bis zu 50% des percutan in Form von Jothion aufgetragenen Jods zur Resorption gelangen, ein Ergebnis, welches erst im Vergleich mit den anderen Jodzubereitungen die richtige Würdigung findet. Es ist einleuchtend, dafs wir mit einem solchen Präparat eine bedeutend bessere und promptere Wirkung erzielen müssen, wie das ja auch schon von verschiedenen Seiten hervorgehoben ist und wie ich zu beobachten sehr viel Gelegenheit hatte. An Stelle von Jodtinktur und Jodvasolimenten verwende ich jetzt fast ausschliefslich das Jothion. Mit bestem Erfolg habe ich mich dessen bedient bei Drüsen, Sehnenscheidenentzündungen, Gicht, Periostitis, Pleuritis und auch bei rheumatischen Muskelbeschwerden.

In der ersten Zeit hatte ich noch insofern einen Übelstand bei der Anwendung des Jothions zu beklagen, als sich häufiger starke Hautreizungen, Rötungen und Juckerscheinungen bis zu beträchtlichen Ekzemen einstellten. Das lag aber einfach daran, dafs ich das Präparat in zu hoher Konzentration anwenden liefs, und zwar als 33⅓%ige Salbe, welche also 27% Jod enthält und demnach einer 2,7fachen Jodtinktur entspricht, eine Betrachtung, die derartige Erscheinungen uns durchaus erklärlich macht.

Auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen möchte ich daher empfehlen, bei den oben angegebenen Indikationen das Jothion nie stärker als 10%ig zu verwenden. Von einer derartigen Salbe oder Ölmischung genügt im allgemeinen täglich einmal, bei schweren Exsudaten und Entzündungen eine zweimalige 5—8 Minuten lang andauernde Einreibung geringer Mengen.

Ein Punkt, der noch ganz besonders hervorgehoben zu werden verdient und für die Kassenpraxis und Praxis pauperum von gröfster Wichtigkeit ist, ist die Billigkeit des Präparates in Ölmischung. 20 g einer 10%igen Jothion-Olivenölverdünnung kosten nach der deutschen Arzneitaxe 1 Mark; ein Preis, gegen den der strengste Revisor nichts einzuwenden haben dürfte, während man auf diese Weise auch den minderbemittelten Volksschichten die Fortschritte unserer Jodmedikation zugängig macht.

Es sollte mich sehr freuen, wenn diese Veröffentlichung, die aus der Praxis für die Praxis geschrieben ist, dazu beitragen würde, dem Jothion neue Freunde zuzuführen und ihm den Platz in der Therapie zu verschaffen, den es nach seiner ganzen Eigenart und hervorragenden Verwendbarkeit verdient.

[1] *Therap. Monatshefte.* April 1905.

Versammlungen.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Bd. II. Nr. 6.

Section for the Study of Disease in Children.

Bullöse Purpura im Gefolge von Impetigo, von T. R. Whipham. Bei einem vierjährigen Knaben traten im Anschluſs an eine seit acht Tagen bestehende, mäſsig intensive, aber ziemlich ausgebreitete Impetigo eine Reihe von gröſseren und kleineren Blasen mit blutig-serösem Inhalt am linken Unterschenkel hervor. Die Affektion führte zu ausgedehnter Geschwürs- und Narbenbildung (Photogramm).

Syphilitische Osteoperiostitis, von O. L. Addison. Ausgedehnte, durch chirurgische Eingriffe und durch Darreichung von Hg günstig beeinfluſste Affektionen des Humerus, der Tibia und Fibula bei einem etwa elfjährigen Mädchen.

Ein letal verlaufender Fall von Icterus neonatorum — mikroskopische Veränderungen an der Leber, von G. Carpenter. Der Icterus des am zweiten Tage nach der Geburt erkrankten, gut entwickelten Kindes, führte trotz geeigneter Behandlung im Krankenhaus in etwa fünf Wochen zum Tode. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine massenhafte Anhäufung von oliv-grünen Gallenkörnchen in den Leberzellen und Verstopfung der Gallengänge mit eingedickter, der Form nach an Urincylinder erinnernder Gallenmasse. Einige der kleinen Gallenkanäle zeigten einen epithelialen Katarrh nebst entzündlichem Exsudat in der Umgebung. Auch fand sich ein mäſsiger Grad von Entzündung an verschiedenen Stellen im interstitiellen Gewebe des Portalgebietes.

Drei Fälle von Henochscher Purpura, von J. Porter Parkinson. Bericht über drei Kinder im Alter von fünf bis acht Jahren mit Erscheinungen von Purpura und hämorrhagischer Nephritis. Eines der Kinder starb nach der wegen Verdacht auf Intusrusception ausgeführten Laparotomie. Die Autopsie ergab ausgiebige Hämorrhagien am Darm.

Dermatological Section.

Sitzung vom 18. März 1909.

Kulturen von Bodins Achorion Quinckeanum von einem Fall von Mäusefavus auf der unbehaarten Menschenhaut, von H. G. Adamson. Von dieser Favusart sind bisher nur ganz wenige Fälle publiziert worden; der vorliegende betrifft eine Affektion der Wange bei einem Säuling von wenigen Monaten.

Ein Fall von Urticaria pigmentosa bei einem zehnjährigen Mädchen, von J. L. Bunch.

Fall von trophischen Läsionen bei einem vierjährigen Knaben, von J. L. Bunch. Einige Monate nach dem Auftreten einer Poliomyelitis anterior mit Lähmung des linken Beines trat an der affizierten Extremität eine etwa zwei Zoll groſse, umschriebene Rötung der Haut auf und ging allmählich in eine immer gröſser werdende Ulceration über. Seitdem sind noch andere analoge Läsionen entstanden.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Beim einem 40jährigen verheirateten Herrn bestehen seit etwa 18 Monaten an der Glans penis harte weiſse Flecke, welche L. als Sklerodermie mit ungewöhnlicher Lokalisierung diagnostiziert.

Acne varioliformis bei einem 37jährigen Manne, von T. Colcott Fox. Die Abbildung zeigt die sehr ausgedehnte Narbenbildung am Nacken und Rücken.

Zwei Kulturen von Trichophyton microsporon von Trichophytie bei Mutter und Kind, von J. M. H. Macleod.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von H. R. Crocker. Es handelte sich um einen im Sudan bei einem Offizier an der rechten Orbita entstandenen haselnuſsgroſsen Tumor, welcher an den Bouton de Biskra erinnert.

Ein Beispiel von der Wirkung der Röntgenstrahlen auf Narbenkeloid, von J. H. Sequeira. Ein sechsjähriger Knabe mit ausgedehnter keloidentarteter Verbrennungsnarbe am Gesicht, zeigt nach sechs bis acht Sitzungen an den behandelten Stellen eine auffallende Besserung.

Fall von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten, von J. H. Sequeira. Die ungemein refraktäre Affektion bei dem aus sehr unhygienischer Umgebung stammenden Knaben ist jetzt nach fast zweijähriger unausgesetzter Behandlung im Krankenhause geheilt. Nur die Fingernägel sehen noch verdächtig aus.

Chronische Hypertrophie der Lippen infolge von syphilitischer Lymphangitis, von A. Whitfield. (Illustr.) Bei einem seit mehr als 14 Jahren an sehr refraktärer Syphilis leidenden Manne besteht seit etwa zwei Jahren eine höchst entstellende hochgradige harte Schwellung der Ober- und namentlich der Unterlippe. Hg wird schlecht vertragen. Injektionen von Orsudan haben eine gewisse Besserung erzielt.

Pathological Section.

Sitzung vom 16. März 1909.

Ein Fall von Pfortaderthrombose verbunden mit Harnröhrenstriktur und doppeltem Mitralklappenfehler; letale Hämatemese, von H. Curtis und T. W. P. Lawrence. Der Fall ist in Rhodesia bei einem 52jährigen englischen Lokomotivführer beobachtet worden. Die seit 18 Jahren bestandene Urethralstriktur war schlieſslich zu einer absoluten geworden. Narkose mit Chloroform wurde versucht, muſste aber wegen Herzsymptome unterlassen werden. Einige Stunden nachher trat intensives Blutbrechen auf. Später gelang die Urethrotomia externa unter Eucainanästhesie, aber Patient ging bald an erneutem Blutbrechen zugrunde. Bei der Autopsie fand man neben anderen interessanten Veränderungen eine starke Milzvergröſserung und ausgedehnte alte strohfarbene Thrombosen in der V. porta und V. splenica. Als Ursachen der Hämatemese werden Varicen im unteren Teil des Oesophagus angegeben.

Nr. 7.

Sitzung vom 15. April 1909.

Photogramm einer mit Favus behafteten Maus, von H. G. Adamson. Das Tier war in dem Schlafzimmer des in der vorigen Sitzung beschriebenen favuskranken Kindes gefangen worden. Die angelegten Kulturen ergaben das Achorion Quinckeanum.

Ein Fall von Epitheliom der Zunge, von E. G. G. Little. Der 71jährige Patient hatte mit 20 Jahren eine syphilitische Erkrankung leichterer Art durchgemacht. Die vorliegende Affektion besteht seit fünf Jahren.

Ein Fall von Lichen scrophulosorum von ganz ungewöhnlicher Ausdehnung und Lokalisierung, von E. G. G. Little. Die Hautläsionen umfaſsten in dichter Aussaat fast den ganzen Rumpf und die Beugeseite der Oberschenkel bei dem auch andere, tuberkulöse Affektionen darbietenden zehnjährigen Mädchen.

Ein Fall zum Diagnostizieren (Urticaria pigmentosa?), von E. G. G. Little. Der 35jährige Patient ist 18 Jahre zuvor syphilitisch infiziert gewesen, und die Wassermann-Probe ist positiv.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von T. D. Savill. Der herpesähnliche Ausschlag am Munde der 23jährigen, seit kurzem verheirateten Frau dürfte von syphilitischer Herkunft sein.

Ein Fall von rezidivierender Paronychie und Bullae, von J. H. Sequeira. Bei einer 38jährigen unverheirateten Hebamme haben sich im Laufe der letzten fünf Jahre 17 Male Paronychien an den Fingern entwickelt und die Entfernung des Nagels nötig gemacht. Daneben bestanden gelegentlich an den Händen und auch am Ellenbogen einzelne, nicht charakteristische Blasen. Hysterie ist nicht mit Sicherheit auszuschliefsen, aber auch nicht erwiesen.

Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus, von A. Whitfield. Der Fall bietet manche Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes.

Nr. 8.

Sitzung vom 20. Mai 1909.

Die therapeutische Verwendung von Radium, von L. Wickham - Paris. In diesem höchst instruktiven Vortrag demonstriert W. zunächst an fünf Lichtbildern die zerstörende Wirkung des Radiums auf normales und pathologisches Gewebe. Die Beobachtungen betreffen Fälle von Ichthyosis zoniformis, pigmentiertem und vaskularisiertem Naevus und Carcinom. Aufser dieser gewissermafsen als Ätzwirkung zu bezeichnenden Fähigkeit, besitzt aber das Radium bekanntlich eine als elektive Wirkung zu bezeichnende Eigenschaft, indem die verschiedenen von ihm ausgehenden Strahlenarten (α, β, γ-Strahlen, ferner die drei verschiedenen Arten der β-Strahlen, die von Dominici als Rayonnements ultra pénétrants bezeichneten besonderen γ-Strahlen und die Wickhamschen Rayonnements surpénétrants, welche harte β-Strahlen nebst γ-Strahlen enthalten) durch Einschaltung von verschiedenartigen Schirmen einzeln zur Anwendung gebracht werden können. Diese Verhältnisse sind namentlich von Beaudoin beweisend dargelegt worden. Nach einer kurzen Beschreibung der anzuwendenden Apparate demonstriert W. eine gröfsere Anzahl von oberflächlich und tiefsitzenden Affektionen (Ekzem, Keloid, Angiom und Carcinomen) in Lichtbildern und legt die Anwendungsweise und die Erfolge der Radiumbehandlung dar. Zum Schlufs berichtet er über seine höchst interessanten Beobachtungen an Mammacarcinomen, bei denen die Anwendung der Rayons surpénétrants (unter Abschlufs der sonstigen Strahlen durch Bleischutz) als Kreuzfeuer von verschiedenen Seiten aus auf den Tumor einwirkend, höchst bemerkenswerte Resultate erzielte.

Clinical Section.

Sitzung vom 14. Mai 1909.

Demonstration einer vereinfachten Methode der Serumdiagnose der Syphilis durch das Komplementabweichungsverfahren, von A. Fleming. Die von F. empfohlene Methode lehnt sich an die Hechtsche Modifikation des Wassermannschen Verfahrens an und weicht von der Originalvorschrift in folgenden Punkten ab: 1. Man verwendet einen alkoholischen Auszug von einem normalen Herzmuskel, statt des salinischen Auszugs einer syphilitischen Leber; 2. man verwendet die natürliche hämolytische Fähigkeit des menschlichen Serums auf die Blutkörperchen des Schafes; 3. es ist nicht mehr Serum für die Probe erforderlich, als in einem gewöhnlichen Blutkapillarrohr aufgenommen wird. Redner berichtet über die Details seiner Beobachtungen.

Surgical Section.

Sitzung vom 11. Mai 1909.

Über Autoinfektion und Reinfektion bei Syphilis, von J. Hutchinson jr. Redner bestreitet, dafs es unmöglich sei für ein mit einem Primärsyphilid behaftetes Individuum, einen zweiten Schanker durch Autoinfektion oder sonstige Übertragung zu akquirieren. Er berichtet hier über vier Fälle, bei denen noch etwa acht Wochen nach der Entwicklung eines unzweifelhaften Schankers ein zweiter an einer mehr

oder weniger entfernten Stelle von ihm konstatiert wurde. Ferner gibt er in kurzen Umrissen die Krankengeschichten von sieben Patienten, bei denen nach ausgesprochener Syphilis später wiederum ein typisches Primärsyphilid und Sekundärerscheinungen akquiriert wurden. Besonderes Gewicht wegen der therapeutischen Seite der Frage legt H. darauf, daſs diese Patienten nach dem System der fortgesetzten internen Hg-Darreichung behandelt worden waren, was sehr zu gunsten dieser sonst wenig geschätzten Medikation sprechen muſs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jahrg. 20. Nr. 4.

Sitzung vom 19. April 1909.

Acanthosis nigricans, von Petrini-Galatz. Bericht über eine Erkrankung bei einem 19jährigen Landarbeiter, Bulgare, welcher zuerst vor vier Jahren dunkle Verfärbung der Haut und kleine, warzenartige Verdickungen darbot. Seitdem hat sich die Affektion fast über den ganzen Körper ausgebreitet. Es fällt die allgemeine Magerkeit des Patienten auf (53 kg bei 166 cm Körperlänge). Subjektive Beschwerden werden nicht geklagt. Behandelt wird zurzeit mit Röntgenstrahlen.

Hydroa vacciniforme, von Gaucher, Druelle und Louste. Bericht über eine 21jährige Patientin, welche vor zwei Jahren zuerst und jetzt zum dritten Male an der Affektion erkrankt ist. Im Anschluſs an eine längere Exponierung vom Sonnenlichte entwickelten sich die charakteristischen Bläschen, welche unter Hinterlassung von Narben allmählich abheilen.

Tertiärsyphilid der Urethra, von Gaucher und Druelle. Ein 29jähriger Luetiker, dessen Infektion sieben Jahre zurückdatiert, und der nur ungenügend behandelt worden ist, klagt seit drei Monaten über Schwierigkeit der Urinentleerung und eine Verdickung an der unteren Fläche des Penis; Gummabildung. Die seit kurzem begonnene Behandlung (Injektionen von Hg benzoicum 0,02 täglich und 4,0 Jodkalium pro die) haben den Zustand schon deutlich gebessert.

Syphilitischer Schanker am inneren Augenwinkel, von Gaucher und Druelle. Zweifelloses Primärsyphilid auf dem unteren Augenlid bei einem 21jährigen Maler.

Atypische Tuberkulose von der Form der Boeckschen Sarkoide bei einer alten Luetikerin, von Danlos und Leop. Frankel. Die seit etwa 15 Monaten bestehende Affektion hat bei der 47jährigen Patientin gewaltige Dimensionen angenommen und umfaſst die rechte Wange und Nasenseite sowie den Hals auf dieser Seite in Form von tiefroten Papeln und Knoten und ist auch in Form von rötlichen und rötlich blauen Flecken auf der linken Gesichtshälfte vertreten. Eine exzidierte Portion ergibt histologische Verhältnisse, welche die Diagnose Boecksches Sarkoid rechtfertigen, und die Intradermoreaktion fiel positiv aus. Daraufhin sind Verfasser von ihrer zuerst gestellten Diagnose Syphilom zurückgekommen.

Entwicklung von Lichen planus auf einer Operationsnarbe und auf einer Brandnarbe, von Gaucher und Fouquet. Bei einer 26jährigen nervösen Frau entwickelten sich im Gebiet einer Laparotomienarbe bald nach der Operation und um dieselbe Zeit auch aus der Narbe einer vor drei Jahren beigebrachten Brandnarbe typische Effloreszenzen von Lichen planus.

Pathomimie. Erzeugung von Ätzungen durch gewöhnliches Kalium bei einem 14jährigen Mädchen. Zahlreiche oberflächliche Hautnarben; multiple Abscesse; lineäre Keloide. Differenzierung zwischen den absichtlich erzeugten Läsionen und alten, spontan entstandenen Affektionen bazillären Ursprungs,

von APERT und BRAC. Die entlarvte Hysterica verließ bei guter Gesundheit das Krankenhaus.

Hervortreten eines Gummas des Gaumens 50 Jahre nach dem Primärsyphilid, von BALZER und SEVESTRE.

Tuberkulöses Papillom der Zunge, von DANLOS und LEVY-FRANKEL. Die Affektion besteht seit fünf Monaten bei dem 45jährigen Patienten, hat eine Größe von 3 × 1 cm, und die Biopsie zeigt die anatomischen Verhältnisse eines Papilloms.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 9.

1. **Beiträge zur Kenntnis des Lichen nitidus,** von G. ARNDT-Berlin. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Die Behandlung juckender Dermatosen, besonders des Gewerbeekzems, mit unverdünntem Steinkohlenteer,** von BENNO CHAJES-Berlin-Schöneberg. CH. hat eine Reihe von juckenden Hautkrankheiten und zwar eine größere Anzahl von Gewerbeekzemen und von chronischen Ekzemen des Halses und des Nackens sowie einzelne Fälle von akutem Ekzem, Ekzema intertriginosum, Lichen chronicus VIDAL, Lichen ruber planus, Pityriasis rosea GIBERT, Prurigo HEBRA und Prurigo hiemalis mit reinem, unverdünntem Steinkohlenteer behandelt und damit, besonders bei den Gewerbe- und bei den akuten Ekzemen, sehr befriedigende Resultate erzielt; in allen, auch in den akuten Fällen, erwies sich der Teer als absolut reizlos und sehr gut juckstillend. Das Mittel wird mit einem nicht sehr harten Borstenpinsel in gleichmäßiger Schicht aufgetragen, eine exakte Reinigung der kranken Partien vor der Teerapplikation ist nur bei Prozessen notwendig, die mit starker Exsudation einhergehen. In solchen Fällen werden die Borken durch laue Kamillenbäder aufgeweicht und entfernt und die nässenden Flächen mit $^1/_2$—1%iger Höllensteinlösung touchiert, am folgenden Tage kann dann der Teer aufgepinselt werden. In einem Falle von akutem Ekzem der Hände mit Pyodermie ließ CH. die Hände an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je zwei bis drei Stunden lang in Seifenlaugenwasser baden und behandelte dann mit Steinkohlenteer. Nach der Teerung, die ziemlich starkes, aber nur kurz dauerndes Brennen verursacht, wird für einige Stunden, bis der Teer angetrocknet ist, eine Mullbinde locker angelegt; nach 36—48 Stunden stößt sich der Teer mit der oberflächlichen Hornschicht der Haut ab. Die Applikation kann in drei- bis achttägigen Zwischenräumen nochmals wiederholt werden.

Das Wesentliche seiner Beobachtungen faßt CH. in folgenden Sätzen zusammen: Der Steinkohlenteer ist ein vorzüglich und schnell wirkendes Mittel bei der Behandlung akuter chronischer und juckender Dermatosen, besonders des Gewerbeekzems; es mildert den Juckreiz, beseitigt die Rötung und Schwellung, wirkt austrocknend und überhäutend bei nässenden Ekzemen. Kontraindiziert ist seine Anwendung bei infizierter Haut, da sich unter der Steinkohlenteerschicht Eiterungen bilden und verbreiten können. Natürlich bietet auch der Steinkohlenteer kein absolutes Schutzmittel gegen Rezidive, diese scheinen jedoch unter seiner Einwirkung seltener als bei anderer Medikation einzutreten. Die bequeme Anwendungsweise, die große Billigkeit

lassen die oft unangenehm empfundene Schwarzfärbung bei der Beurteilung zurücktreten und den Steinkohlenteer besonders für die poliklinische und Kassenpraxis empfehlen. *Götz-München.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 3.

Die nicht gewerbsmäfsige Prostitution, ihre Ursachen, Formen, Gefahren und deren Bekämpfung, von Felix Block-Hannover. Die Ausführungen des Verfassers stützen sich auf statistische Erhebungen, welche nach Mannheimer Vorbild in Hannover angestellt wurden.

Die Prostitutionsverhältnisse in Essen (Ruhr), von Rau-Essen (Ruhr). Seit 1904 wohnen die Prostituierten, welche bisher in den verschiedenen Stadtteilen zerstreut ihren Wohnsitz hatten, in einer Kontrollstrafse in der Nähe einer Hauptstrafse der Stadt. An der Ecke dieser Kontrollstrafse wurde eine Polizeistation mit Räumlichkeiten zum Aufenthalt, zur Entkleidung und zur ärztlichen Untersuchung eingerichtet. In Krankheitsfällen erfolgt Zuweisung der Puellen an die Essener Krankenhäuser bezw. an die Geschlechtskrankenabteilung des Dortmunder städtischen Luisenhospitals. Um die Prostituierten nach Möglichkeit vor Infektion zu schützen, hält R. ihnen kurze Vorträge über die Hauptmerkmale der Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen. Auf diese Belehrungen hin fiel die Zahl der Erkrankungen unter den Prostituierten um etwa 14%.

Rau gibt damit einen zweifellos wertvollen Fingerzeig zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankeiten. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 4.

Eingabe der Gesellschaft an Reichstag und Bundesrat. Gelegentlich der Beratung einer Novelle zum Strafgesetz beantragt die Gesellschaft eine Neuredaktion in dem Sinne, dafs in § 301,6 die Bestrafung der gewerbsmäfsigen Prostitution von der Gefährdung der öffentlichen Ordnung, der öffentlichen Gesundheit und des öffentlichen Anstandes abhängig gemacht werde, und dafs dem § 180 eine Fassung gegeben wird, welche, ohne die Bordelle zuzulassen, das blofse Vermieten an Prostituierte ohne Ausbeutung derselben straffrei läfst.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der Seeleute. Bericht über die im Deutschen Nautischen Verein im März 1909 gehaltenen Referate und Diskussionsbemerkungen und Abdruck eines vortrefflichen kurzen Merkblattes für die an Land beurlaubten Seeleute. *Schourp-Danzig.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1909. Nr. 5—6.

Über Tuberkulinimpfungen und -Einträufeln, von Roman Leszczynski und Frydryk Mahl. Verfasser haben sich zur Aufgabe gestellt, die diagnostische Bedeutung der Tuberkulinanwendung nach Pirquet und Calmette in den dermatologischen Affektionen zu kontrollieren. Zur Pirquetschen Methode wurde 25%iges,

zu der CALMETTEschen 1%iges angewendet. Es wurden nach CALMETTE 51 Fälle (19 Lupus vulgaris, 9 Lues, 23 andere Dermatosen) untersucht, nach der PIRQUETschen Methode 46 Fälle (19 Lupus, 6 Lues, 21 Dermatosen). Die erzielten Resultate führten die Verfasser zum Schlusse, dafs beide Methoden für die Dermatologie keinen diagnostischen Wert besitzen, indem sie nur anzeigen, ob im Organismus ein tuberkulöser Herd existiert und nicht, ob die fragliche Hautveränderung tuberkulöser Natur ist. Erwähnenswert erscheint, dafs bei 15 Patienten, bei denen die Ophthalmoreaktion reaktionslos verlief, in der Mehrzahl der Fälle nach interner Darreichung von Jodkalium ein positives Ergebnis konstatiert werden konnte.

Die zweite Reihe der Untersuchungen befafste sich mit Tuberkulinimpfungen direkt in die Hautefflorenzen (nach NAGELSCHMIDT und BRANDLER und KREIBICH). Diese Untersuchungen ergaben nun folgendes Resultat: 1. Die Tuberkulinimpfungen in das tuberkulöse Gewebe führen nicht immer zu Exulceration; 2. nicht immer kann in dem erkrankten Gewebe eine stärkere Reaktion beobachtet werden, als in der normalen Haut; 3. in neun Fällen von Lupus erythematosus war die Reaktion keine ausschlaggebende; 4. zwei Fälle von Lichen scrophulosorum ergaben eine stärkere Reaktion; 5. auch die Methode von NAGELSCHMIDT hat keinen bedeutenderen diagnostischen Wert für die Dermatologie.

In einem Falle von Lichen scrophulosorum entstanden 38 Tage nach der Tuberkulinimpfung in die gesunde Haut fast geometrisch um die Impfstelle frische Effloreszenzen von Lichen scrophulosorum. Das Entstehen derselben scheint von lokalen und allgemeinen Ursachen abzuhängen, da 1. trotz der Einimpfung in die Haut der Nase und des Bauches die Effloreszenzen nur am Bauch — an der bekannten Prädilektionsstelle für Lichen — erschienen sind und 2. die Einimpfungen, welche symmetrisch rechts und links, unter scheinbar denselben äufseren Verhältnissen ausgeführt wurden, nur linksseitige Veränderungen zur Folge hatten.

Über die Syphilisbehandlung in Iwonicz, von GRZEGORZ TURZANSKI. Nach Besprechung der Wirkungsweise der Jodbäder auf den Organismus, referiert Verfasser eingehend über 16 Luesfälle, die er bis jetzt in Iwonicz mit sehr gutem Erfolge behandelt hat.

Radium; seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin, von LUDWIK CHYBCZYNSKI. Verfasser referiert eingehend über physikalisch-chemische Eigenschaften des Radiums. (Fortsetzung folgt.)

1909. Nr. 7.

Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Keloide, von FRANCISZEK KRZYSZTALOWICZ. Ein 35jähriger Arbeiter litt vor acht Jahren an Akne und Furunkeln am Rücken und an den Extremitäten. Seit vier Jahren bemerkte Patient Knötchen am Thorax, die sich allmählich bis zur Haselnufsgröfse vergröfserten, ohne jegliche entzündliche Reaktion um dieselben; sie waren alle mit der Haut verschiebbar. Verfasser entfernte vier Knoten aus der Haut des Rückens und der Brust. Auf dem Durchschnitt konnte man makroskopisch ein fibrilläres Gewebe unterscheiden, aus dem sich der die Cutis einnehmende Tumor zusammensetzte. Klinisch konnte es keinem Zweifel unterliegen, dafs es sich hier um Keloide handelte; es blieb nur festzustellen, ob es Spontan- oder Narbenkeloide waren. Die histologischen Befunde erörtert Verfasser an der Hand ausgezeichneter Reproduktionen der mikroskopischen Bilder. Sie entsprechen den Bildern, die von verschiedenen Autoren als charakteristisch für Spontankeloide angegeben werden, so dafs Verfasser zur Überzeugung kommt, dafs die Keloide in seinem Falle als spontane Keloide zu betrachten sind, die den Akneprozefs begleiteten. Das Entstehen derselben erklärt Verfasser durch die reaktive Entzündung und Wucherung des Bindegewebes, zu welcher die in der

Tiefe der Haut liegenden Akneknötchen genügend Veranlassung geben. Verfasser neigt überhaupt zur Annahme, dafs es keine Spontankeloide sensu strictiori gibt, dafs alle Keloide infolge von chronischen Entzündungen in der Haut entstehen; die Perifolliculitis scheint eine der öftesten — wenn nicht die alleinige — Ursache dieser Entzündungeu zu sein.

Radium; seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin, von Ludwik Chybczynski. Bericht über die biologischen Eigenschaften des Radiums. (Schlufs folgt.)

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein als Hysterie diagnostizierter Fall von blennorrhoischem Rheumatismus, von E. U. Bartholomew-London. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1909.) Eine 24jährige verheiratete Schauspielerin klagte über kontinuierlichen, aber bei Bewegungen der Gesichtsmuskulatur sich sehr verschlimmernden Schmerz auf dem Scheitel, der Aponeurose des M. occipito-frontalis entsprechend. Sie war lange vergeblich wegen Neuralgie behandelt worden. B. fand in dem geringfügigen schleimig-eitrigen Sekret der Urethra und der Vagina Gonokokken. Nach einer einzigen rektalen Injektion von 25 ccm eines polyvalenten Serums und unter Scheidenspülungen mit Zinkpermanganat (1 : 4000) nebst internen Gaben von Guajakolkarbonat erfolgte vollkommene Wiederherstellung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Empfehlung einer weniger expektativen Behandlung an akuter Blennorrhoe, von J. J. Moore-Sierra Leone. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1909.) Folgendes Verfahren wird als wirksam und subjektiv am angenehmsten empfohlen: Abgekochtes, bis auf etwa 37,5° abgekühltes Wasser (250 ccm) werden mit Kaliumpermanganat (0,05) versetzt und zur Ausspülung des anderen Teils der Urethra verwendet. Zu diesem Zweck soll der Patient den Penis etwa 3—4 cm hinter dem Orificium externum mit der linken Hand fest umschlossen halten, während er die Lösung aus dem Irrigator unter geeignetem Druck in die Urethra einlaufen läfst. Diese Durchspülung soll mindestens stündlich bei Tage und gelegentlich des Nachts wiederholt werden. In den letzten vier Jahren hat M. das Verfahren bei 19 Fällen angewandt und stets Beseitigung des Ausflusses in 10—17 Tagen, selbst bei den schwersten Fällen, erzielt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels einer Antigonokokkenvaccine, von A. Loxton-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1909.) Bei Fällen von refraktärer Urethralblennorrhoe hat L. seit etwa Jahresfrist mit gutem Erfolg subcutane Injektionen (0,5—1,0 ccm) einer vom Lister Institute hergestellten Antigonokokkenvaccine angewandt. Die Dosis entspricht 40—50 Millionen abgetöteter Gonokokken; man injiziert am besten nachmittags (wegen der zu erwartenden mehr oder weniger intensiven, aber in einigen Stunden wieder vergehenden Reaktion) und wiederholt die Behandlung in Pausen von einigen Tagen bis zum Verbrauch von vielleicht vier bis sechs Gaben. Es sind drei Krankenberichte als Beispiele gelungener Kuren hier angeführt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Vorkommen von Mundschleimhautpigmentierung, von W. Mollow-Sofia. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 10.) Die Mundschleimhautpigmentierung sei keine pathognomonische Erscheinung für Morbus Addisonii, sie kann unter normalen Verhältnissen bei den Zigeunern an der gesamten Mundschleimhaut auftreten. Bei der einheimischen Bevölkerung Bulgariens beobachtet man ziemlich oft Pigmentflecke an den Lippen und am Zahnfleisch, aber nie in den tieferen Teilen der Mundschleimhaut. Man kann Mundschleimhautpigmentierungen auch bei anderen Leiden, welche zu Kachexie und zu Hautpigmentierung führen, beobachten (Vagantenkrankheit, chronische Malaria und Pellagra). Was die Genese dieser Pigmentierungen betrifft, so scheint es dem Verfasser, daſs die Häufigkeit der Pigmentierung an und für sich und speziell ihr Vorkommen bei verschiedenen zu Kachexie und damit im Zusammenhange stehender Hautpigmentation führenden Krankheiten dafür spricht, daſs darin der Nervus sympathicus und nicht die Nebennieren die Hauptrolle spielen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Mikroskopische Technik.

Über den Nachweis nach Ziehl nicht färbbarer Leprabazillen durch Anwendung der prolongierten Gramfärbung nach Much, von Ed. Arning und F. Lewandowsky-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Nachdem Much festgestellt hat, daſs es vollvirulente, nicht-säurefeste, nach Ziehl nicht färbbare, aber durch eine prolongierte Gram-Färbung darstellbare Tuberkelbazillen gibt, lag es nahe, das Muchsche Verfahren auch zum Studium der Lepraerreger anzuwenden, besonders bei anästhetischer Lepra, bei der die Färbung nach Ziehl sonst ein negatives Resultat hat. In der Tat gelang es den Verfassern, in mehreren Fällen von maculo-anästhetischer Lepra, in denen die nach der alten Methode vorgenommene Untersuchung ergebnislos geblieben war, mit dem Muchschen Verfahren wenigstens vereinzelte Leprabazillen nachzuweisen. Sie hielten sich bei der Färbung an die erste von Much gegebene Vorschrift: Färben der Schnitte 48 Stunden lang bei Zimmertemperatur in Anilingentianaviolett, Abtrocknen mit Flieſspapier (kein Wasser!), Lugolsche Lösung fünf bis zehn Minuten lang, Abtrocknen mit Flieſspapier (kein Wasser!), absoluter Alkohol, solange Farbstoffwolken abgehen, Xylol, Kanadabalsam.

Die von den Verfassern erzielten Resultate beweisen, daſs die Anwendung der Muchschen Färbung zum Nachweis der Leprabazillen groſse praktische Bedeutung hat; denn mit dieser Färbung werden Bazillen entdeckt, die sonst verborgen blieben.

Götz-München.

Über die Untersuchung der Spirochaeta pallida mit dem Tuschverfahren, von Viktor Hecht und M. Wilenko-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) Das von Burri angegebene Tuschverfahren ist die bis jetzt einfachste und kürzeste Methode zur Sichtbarmachung der Spirochäte. Die Verfasser verfahren dabei folgendermaſsen: Eine Öse von 1 mm Durchmesser des zu untersuchenden Organbreies oder Sekretes wird auf einem Objektträger mit einem oder mehreren gröſseren Tropfen gewöhnlichen Wassers vermischt und von dieser Verdünnung auf einem zweiten Objektträger eine kleine Öse mit einem sehr kleinen Tröpfchen (ca. 1 mm Durchmesser) Tusche möglichst schnell und gleichmäſsig verstrichen, bis der Tuschfleck eine bräunliche Farbe annimmt. Das Präparat trocknet sofort an der Luft, wird nicht durch die Flamme gezogen. Selbstverständlich gelingt das Verfahren nur an dem trockenen Präparat und nicht im hängenden Tropfen. Mit der Immersionslinse sieht

man hell aufleuchtend auf dunklem Grund die Bakterien und korpuskulären Elemente, da diese im durchfallenden Licht die Strahlen hindurchtreten lassen, während die ringsum sie einschließenden Tuschkörnchen das Licht zurückhalten.

W. Lehmann-Stettin.

Eine einfache Methode des Nachweises der Spirochaeta pallida im Ausstrich, von Chitrowo. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 26.) Die schon von Gastou und Stern angeregte Färbung der Spirochaeta pallida im Ausstrich mit Silberlösung hat vom Verfasser folgende kleine Modifikation erfahren. Er läßt das mit syphilitischem Sekret bestrichene Deckgläschen vier bis sechs Stunden in einer gesättigten, alkoholischen (95°) Silberlösung liegen, wäscht das Präparat in Wasser rein und untersucht es. Die Spirochäten erweisen sich gut gefärbt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Technik der Versilberung von Spirochaeta pallida (Schaudinn-Hoffmann), von Johannes Barannikoff - Charkow. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 50, Heft 2.) Nach verschiedenen Versuchen an syphilitischen Fehlgeburten und anderem Material von hereditärer und erworbener Lues gibt B. bei den langsamen Färbungsarten der Brutschranktemperatur von 42° C., in welcher die gehärteten Stückchen 48—120 Stunden ununterbrochen oder in beliebig langen Intervallen liegen bleiben, den Vorzug. Um die Spirochätenfärbung im Blut zu erhalten, liefs B. das in sterilisierten Celloidinsäckchen entnommene Blut von sich selbst — bei Zentrifugation — koagulieren und bearbeitete die Gerinnsel genau wie die Organstückchen, d. h. fixierte, wusch aus, versilberte, entwickelte, bettete ein usw. Die Resultate fielen in den Luesfällen immer positiv, in den nichtsyphilitischen (Kontroll-) Fällen beinahe stets negativ aus. Nachdem B. nicht nur in den Darmepithelzellen, sondern auch im Darminhalte zahlreiche Spirochäten gefunden hat, empfiehlt er in verdächtigen Fällen, in denen man unter Umständen weder Placentastückchen noch Kinderblut mikroskopisch untersuchen kann, die Meconiumversilberung nach Zentrifugation in Celloidinsäckchen anzuwenden. 3½jährige Aufbewahrung der Leichenstückchen in Celloidin schadet den Spirochäten, ihrer Färbbarkeit und der Reinheit der Präparate nicht. Schliefslich hebt B. hervor, dafs lange intrauterine Mazeration der Gewebe (Umwandlung in eine butterartige Masse) bei Fixation mit 8—10%igem Formalin oder nach Zenker die Spirochätenfärbung in keiner Weise beeinträchtigt, auch 3½jährige Aufbewahrung der Leichenstückchen in Celloidin der Färbbarkeit und der Reinheit der Präparate nicht schadet. *Stern-München.*

Bakteriologie.

Züchtung der Spirochaeta pallida (Schaudinn). Vorläufige Mitteilung von J. Scherreschewsky. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Dem Ergebnis zahlreicher, von Sch. angestellter Versuche zufolge gelingt die Züchtung der Spirochaeta pallida bei 37° in drei bis fünf Tagen auf Pferdeserum, das bei 60° bis zu gallertartiger Konsistenz eingedickt und durch etwa dreitägiges Stehen im Thermostat bei 37° einer teilweisen Autolyse unterworfen worden ist. Das Anlegen der Anfangskultur geschieht am besten durch Versenken eines Papel- oder Kondylomfragmentes in ein mit Kork zu verschliefsendes Zentrifugenglas, das bis zu zwei Dritteln mit dem Pferdeserum aufgefüllt wird. Eine Reinzüchtung ist Sch. bis jetzt noch nicht gelungen, doch konnte er bereits konstatieren, dafs die Spirochäten auch auf festerem Nährboden beweglich sind. — Sch. setzt seine Untersuchungen an der Neisserschen Klinik fort.

Götz-München.

Die Kultur der Spirochaeta pallida. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 21.) Kurzer Bericht über das Kulturverfahren von Levaditi und McIntosh, denen eine unreine Kultur von Spirochaeta pallida zusammen mit anderen Bakterien in Collodiumsäckchen

in der Peritonealhöhle des Kaninchens gelang. Schereschewsky gelang es, auf eingedicktem Pferdeserum mittels kleiner Kondylomstückchen eine Vermehrung zu bekommen. Die Kultur wuchs auch noch bei einer Wiederimpfung. Doch waren die Spirochäten immer mit anderen Bakterien verunreinigt. Diese Mitteilung ist der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 13. Mai 1909, entnommen. *Gunsett-Strafsburg.*

Reinzüchtung einer Spirochaete (Spirochaeta pallida?) aus einer syphilitischen Drüse. Vorläufige Mitteilung von Mühlens-Wilhelmshaven. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) M. ist es gelungen, aus syphilitischem Material eine Spirochaete rein zu kultivieren. Er brachte Stückchen einer syphilitisch veränderten Drüse nach der Methode von Schereschewsky in erstarrtes Pferdeserum und erhielt zunächst eine Mischkultur von Spirochäten und Kokken. Bei mehrmaligem Fortzüchten gelang ihm der Versuch der Isolierung der Spirochäten unter Benutzung seiner Methode der Zahnspirochätenzüchtung erst in der vierten Generation, von da ab aber liefsen sich die Spirochäten leicht in Reinkultur weiterzüchten. Sie wachsen anaërob und lassen sich weder in gefärbten Ausstrichen noch lebend morphologisch von der Spirochaeta pallida unterscheiden. Tierversuche mit dieser Reinkultur sind eingeleitet.

Götz-München.

Weitere Mitteilung über die Züchtung der Spirochaeta pallida, von J. Schereschewsky-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) Sch. hat schon vor einigen Monaten (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19) mitgeteilt, dafs ihm die Züchtung der Spirochaeta pallida auf Perdeserum, das bei 60° bis zu gallertartiger Konsistenz gebracht und durch etwa dreitägiges Stehen einer teilweisen Autolyse unterworfen worden ist, in drei bis vier Tagen bei 37° gelang. Reichlicheres Wachstum der Spirochäten ist erst am fünften bis zwölften Tage festzustellen; zur Prüfung der Kulturen ist die Dunkelfelduntersuchung der Untersuchung im Abstrich entschieden vorzuziehen. Die Weiterzüchtung gelang Sch. in beliebig vielen Generationen. Mit zunehmendem Alter wurden die Kulturen immer reicher an Spirochäten, 14 Tage alte Kulturen waren bis zur Oberfläche des meist verflüssigten Nährbodens mit Spirochäten erfüllt. Die Spirochäten der älteren Kulturen wiesen durchaus alle Merkmale der Spirochaeta pallida auf, während sich in den jüngeren Kulturen, besonders in jungen Originalkulturen, fast ausschliefslich der Typus der Refringens fand. Die Beweglichkeit der gezüchteten Spirochäten war eine trägere als die der Spirochäten aus frischem Material, manchmal fehlte sie ganz. Impfung von Tieren mit gezüchteten Spirochäten ist bis jetzt erfolglos geblieben; dagegen konnte Sch. bei einer bestimmten Extraktionsweise der Kulturen diese Extrakte mit Erfolg im Komplementbindungsversuch an Stelle des Antigens setzen. *Götz-München.*

Die Oosporosen, von H. Roger. (*Presse méd.* 1909. Nr. 48 u. 50.) Unter diesem Namen vereinigt Roger mehrere bisher teils als Streptothrix, teils als Cladothrix bezeichnete Pilzarten, und zwar 1. die durch die Oospora bovis (= Streptothrix bovis = actinomyces) hervorgerufene gewöhnliche Aktinomykose; 2. den Rotz des Pferdes, der nichts mit dem des Rindes oder Menschen zu tun hat (Oospora farcinica Nocard); 3. den Madurafufs (Streptothrix Madurae). Aufserdem gehören dazu noch eine grofse Anzahl anderer Oosporaarten, die teils in der Luft (Sanfelice isolierte zwei virulente Arten), teils auf Pflanzen, im Hafer und Getreide leben und so auf den Menschen übertragen werden können. Die Läsionen, welche diese Oosporaarten beim Menschen hervorrufen und welche viele Autoren als Pseudoaktinomykose bezeichnet haben, bestehen teils in einfachen Eiterungen, teils in tuberkuloseähnlichen Läsionen. Das oft säurefeste Verhalten dieser Pilzarten beim Färben, ferner der Umstand, dafs Tiere, die mit Oospora inokuliert sind, auf Tuberkulin reagieren, sprechen dafür, dafs eine Verwandtschaft zwischen Oospora und Tuberkelbacillus besteht.

Als einfache Parasiten ohne pathogene Wirkung findet man sie im Tränenkanal. Als pathogene Organismen hat man sie bei Meningitis mit käsigen Herden in der Lunge, bei Dakryocystitis und bei Augenerkrankungen (Keratitis parenchymatosa oosporica) nachgewiesen. Im Munde verursachen sie weiſse Plaques, wie Soor, Mandelabscesse und Gangrän. Vielleicht spielen sie eine Rolle bei der schwarzen Haarzunge. Auch Pyorrhoea alveolaris, Oesophagusabscesse (durch einen Kornhalm) und Enteritiden können sie hervorrufen. Am meisten trifft man sie bei Lungenaffektionen (Oospora pulmonalis), wo sie bronchopneumonische, gangränöse und verkäsende Prozesse hervorrufen können und in vielen Fällen ein ganz der Tuberkulose analoges Bild erzeugen. Der Verfasser empfiehlt, systematisch den Auswurf Lungenkranker auf Mycelien zu untersuchen, da seiner Ansicht nach diese Lungenaffektionen häufiger sind, als allgemein angenommen wird. Zuletzt weist er noch auf die durch Oospora erzeugten pyämischen Hirnabscesse hin. *Gunsett-Straſsburg.*

Hygiene.

Verhütung der venerischen Krankheiten. Der aseptische Coitus, von Bonnette. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 76.) Der Verfasser wünscht, daſs die Besitzer der öffentlichen Häuser gezwungen werden, in jedem Zimmer Kalomelsalbe und Tripperprophylaktika vorrätig zu halten. *Gunsett-Straſsburg.*

Die sexuelle Aufklärung der Kinder, von Josef K. Friedjung (Josef Šafář, 1909). Die sexuelle Aufklärung der Kinder ist dringend angezeigt. Für die richtige Zeit der Aufklärung läſst sich keine wohlcharakterisierte Entwicklungsstufe bezeichnen, aber es gilt hier der Satz: „Lieber ein Jahr zu früh, als eine Stunde zu spät."

Die zweite Hauptfrage, wer hat die Aufklärung zu leisten, Schule oder Haus, sei ohne weiteres zugunsten des Hauses zu beantworten. Die Wahl der richtigen Form der Aufklärung erfordert eine Fülle von Herzens- und Geistesbildung, von feinem Takte und Kenntnis der Kinderseele; die Methode kann nur eine naturwissenschaftliche sein und muſs den Blick des Kindes auf das Allgemeine lenken. — Die Arbeit bildete das Thema eines in der Österreichischen Gesellschaft für Kinderforschung gehaltenen Vortrages. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den Schutz der Wunde (bei Verletzungen und Operationen) vor den Infektionskeimen der benachbarten Haut, von König - Altona. (*Berl. klin Wochenschr..* 1909. Nr. 17.) Ausgehend von dem Miſsverhältnis, in welchem die zur Reinigung der Haut des Patienten aufgewendete Mühe zu dem tatsächlichen Erfolge steht, hat Autor schon seit einigen Jahren bei Wunden jede Reinigung der Umgebung bewuſst unterlassen und mit der Applikation eines Verbandes mit trockener Vioformgaze nach Versorgung der Wunde seine Aufgabe als erledigt angesehen. Neuerdings verwendet er nach Grossichs Empfehlung Jodtinktur zur „Desinfektion" der Haut. Die Jodtinktur härtet durch ihren Alkoholgehalt die Haut, fixiert die Bakterien, das Jod hat leicht bakterienhemmende Eigenschaften. Allerdings muſs sich das Operationsverfahren etwas nach dem Jodanstrich richten, so muſs mehr trocken operiert werden, um ein Abwaschen durch Flüssigkeit zu vermeiden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut. — Die Kosmetika. Die Massagen, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 17.) Nach kurzen Ausführungen über die Hygiene der Haut bespricht Br. die Hautidiosynkrasien und die häufig zu

beobachtende verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut gegen irgendwelche Schädlichkeiten, gegen intensive Sonnenbestrahlung, gegen Kälte, chemische Gifte usw. Diese verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut kommt besonders bei lymphatischen und neuroarthritischen Individuen vor, sie ist oft von Obstipation und Autointoxikation abhängig; daher genügt in vielen Fällen die lokale Behandlung allein nicht. — Br. gibt dann die Zusammensetzung einiger Kosmetika an und schildert schliefslich die Massagen zu kosmetischen Zwecken. Dabei erwähnt er, dafs hartnäckiger Pruritus durch Massage der mit einer milden Salbe eingefetteten Haut sehr günstig beeinflufst wird; auch bei Psoriasis wirkt Massage, bei der eine entsprechende Salbe zur Anwendung kommt, sehr gut. *Götz-München.*

Über lokale Hautreize und Hautreaktionen, von Külbs - Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 8.) Die Gänsehaut ist eine Reaktion, die nicht allein allgemein auftritt, sondern auch lokal ausgelöst werden kann. Autor prüfte die Unterschiede dieser Reaktion (lokale Gänsehaut), welche unter gleichen äufseren Bedingungen bei mechanischer Reizung (Streichen mittels eines Glasstabes) auftraten. Die Reaktion ist in verschiedenen Körpergegenden verschieden stark; die obere Grenze liegt in der Höhe des Kehlkopfes. Die Reaktion ist von äufseren Einflüssen, besonders von der Temperatur abhängig.

„Eine lokal stärkere Reaktion sieht man sehr oft da, wo mechanische oder thermische Reize längere Zeit eingewirkt hatten. Eine allgemeine starke Reaktion hatten unter gleichen äufseren Bedingungen dauernd nur wenige Menschen. Stets zeigten eine solche die, auf deren Haut täglich besondere Reize einwirken. Ob man das für eine gute Anpassungsfähigkeit der Haut auf Temperaturunterschiede, für eine schnelle und gute Regulierung des Wärmezustandes verwerten kann, müssen weitere Untersuchungen entscheiden.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

Der anatomisch-klinische Begriff der Arteriosklerose in seinen Beziehungen zu gewissen Hautveränderungen, von Karl Ullmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 19 und 20.) Bei Gelegenheit der Referate über Arteriosklerose von Wiesel und Strasser in der Gesellschaft für physikalische Medizin in Wien (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 12—15) stellte U. einen 62jährigen Mann vor, bei dem er das Zusammentreffen von ausgebreiteten Venendilatationen einerseits mit hartnäckigem generellen Pruritus senilis, andererseits mit der Arteriosklerose im engeren Sinne als zusammengehöriges relativ häufiges Syndrom betrachtet. „Die Widerstandslosigkeit des Venensystems gegenüber dem Blutdrucke führt auch zur erhöhten Leistung der Arterienwand und damit relativ frühzeitig zur Sklerose der letzteren. Der Pruritus wieder beruht auf der Verlangsamung der Zirkulation, namentlich zu gewissen Zeiten, z. B. vor dem Einschlafen im Bette, wenn die Expulsion des Mageninhaltes stattfindet und das Splanchnicusgebiet mit Blut überfüllt ist. Zu dieser Zeit findet man in solchen Fällen auch relativ häufig Bradykardie und Hautjucken. Man braucht nicht erst toxische Momente, vielleicht nicht einmal die vermehrte Viskosität des Blutes während der Verdauung, sondern einfach nur die mechanischen Verhältnisse der Zirkulation und des erhöhten Blutdrucks auf die Endigungen der Haut- und auch Gefäfsnerven in Betracht zu ziehen, um schon so einen grofsen Teil der Fälle von Pruritus nervosus bezw. senilis — im Zusammenhang mit bestehenden Altersveränderungen der Gefäfse — einer befriedigenden Erklärung zugänglich machen zu können.“ An der Hand einer ausgiebigen Literaturübersicht geht U. des weiteren auf die verschiedenen Dermatosen ein, bei denen möglicherweise Veränderungen der Hautgefäfse eine Rolle spielen, und andererseits auf Hautveränderungen, die, wie z. B. die Teleangiektasien die ersten Anzeichen bestehender Zirkulationsstörungen und damit ein erstes diagnostisches Zeichen wichtiger allgemeiner Erkrankungen sein können. Wenn er auch

heute noch nicht so weit gehen will, schon bestimmte Formen aus den Gefäßerkrankungen der Haut und sonstigen trophischen und Altersveränderungen derselben mit dem anatomischen Begriffe der Arteriosklerose im Sinne MARCHANDS in Verbindung zu bringen, so erscheint dies doch naheliegend, wenn „man den Begriff der Arteriosklerose klinisch als funktionelle Schädigung auffaßt und so auch schon die Dilatation, die Gefäßwandverschlechterung und damit die Stauungserscheinungen und den Funktionsausfall mit einbezieht“. *W. Lehmann-Stettin.*

Hautkrankheiten der Neugeborenen auf Basis der Abschilferung, von J. BECK-Budapest. (*Gyermekorvos*, Nr. 1, Beiblatt vom *Budapesti Orvosi Ujság.*) Der physiologischen Abschilferung geht ein Erythem voran. Ist sie hochgradig, so kann sie miliarienartige Wasserblasen hervorrufen. Wenn die Epithelschicht weniger fest anhaftet, können Blasen auftreten. Das ist die Exfoliatio vesiculosa oder bullosa Sie kommt häufig auf dem Rücken und in der Inguinalgegend vor. Eine schwerere Abart der normalen Abschilferung ist die Dermatitis exfoliativa neonatorum. Sie ruft nach stärker auftretendem Erythem größere Exsudation hervor. Man verwechselt sie öfters mit Pemphigus. Letzterer ist jedoch eine Infektionskrankheit. In Spitälern tritt die Dermatitis exfoliativa oft epidemieartig auf. Ein vorangehendes hochgradiges Erythem tritt nicht auf; sie geht aber mit schweren allgemeinen Symptomen einher und kann schon bei mehreren Wochen alten Kindern beobachtet werden. Die Exfoliatio-lamellosa neonatorum (GROSS und TÖRÖK), die früher Ichthyosis sebacea genannt wurde, tritt schon intrauterin auf. Sie steht mit der physiologischen Abschilferung nicht im Zusammenhange. Während der Abschilferung ist die Hornschicht der Haut nicht dick, sie wird meist nach dem Baden abgewischt und so können die Saprophyten der Haut leicht eine Infektion hervorrufen. Deshalb ist die Folliculitis, die Furunkulose, die Intertrigo, sogar Pemphigus sehr häufig. Auch die durch Verdauungsstörungen hervorgerufenen Hautleiden sind häufiger Dermatitis infantilis simplex an den Glutaeen. Schlechte Seife, rohe Weißwäsche, heiße Bäder können diese Hautentzündung hervorrufen. Ekzem pflegt nur nach Wochen aufzutreten. *Porosz-Budapest.*

Zu den Beziehungen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten, von E. NOHL-Müllheim in Baden. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 9.) Verfasser berichtet über drei Fälle, bei denen es sich um eine eigenartige Infektionskrankheit handelte, mit hauptsächlicher Äußerung auf der Haut (Erythema exsudativum) und in der Niere (Nephritis). Verfasser weist auf die Notwendigkeit einer exakten Harnuntersuchung in jedem Falle von Erythema exsudativum hin.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Der Zusammenhang zwischen dem Wachstum der Schädelknochen und der Kopfhaut, von M. SCHEIN-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 29.) Der Schädel wächst auch noch nach der Pubertät und es entwickeln sich Protuberanzen. Mit der Entwicklung parallel wächst auch die Haut; wenn sie nicht Schritt halten kann, so bleibt sie gespannt, verkommt und das Haar fällt aus. Wenn die Haut besser wächst, als die Knochen, wirft sie Falten und das Haar bleibt dicht. Deshalb sind auf einem Kahlkopf keine Falten. Die Falten machen der Tätigkeit der erstarkenden Muskeln Platz. Die Richtung der Fasern der Galea aponeurotica und ihre Erstarkung oder Kraftabnahme gibt den Falten die Richtung. *Porosz-Budapest.*

Reaktion der Kephalorhachidialflüssigkeit im Verlaufe einiger Dermatosen bei jungen Kindern, von FERRAND. (*Gaz. d. hôpit.* 1908. Nr. 129.) Die Untersuchungen, die Verfasser bei einer größeren Anzahl von hautkranken Kindern mit Bezug auf die Kephalorhachidialflüssigkeit gemacht hat, haben gezeigt, daß in sehr vielen Fällen eine deutlich ausgesprochene Lymphocytose besteht, obwohl es sich

keineswegs um syphilitische, heredosyphilitische, fiebernde, darm-, lungen-, ohren- oder gehirnhautkranke Kinder gehandelt hat, bei welchen eine solche Reaktion bekanntlich gefunden werden kann. Da also jede andere Ursache der Lymphocytose ausgeschlossen wurde, mufs angenommen werden, dafs auch banale Hautkrankheiten, wie papulöse Dermatitis, Impetigo, Prurigo u. a. die betreffende Veränderung in der Zusammensetzung der kephalorhachidialen Flüssigkeit hervorrufen können. Man ist daher nicht berechtigt, dieser Reaktion einen spezifischen Wert beizulegen und daraufhin allein die Diagnose Syphilis oder Tuberkulose zu stützen. Möglicherweise gibt es feinere Unterschiede, welche durch die bisherigen Untersuchungen noch nicht aufgedeckt werden konnten. Es scheint aber, dafs die durch Hautkrankheiten hervorgerufene lymphocytäre Reaktion eine viel leichtere ist und auch eine geringere Dauer hat. Ferner sind bei derselben die Lymphocyten von grofsen mononukleären Zellen und von Endothelien in viel gröfserer Anzahl begleitet, als dies bei hereditärer Lues der Fall ist.

E. Toff-Braila.

Die Dermatitiden der Säuglinge (infantile Erytheme), von Marcel Ferrand. Klinische und histologische Studie. (Inaug.-Dissert. Paris, 1908.) Der Verfasser studiert in eingehender Weise vom klinischen und histologischen Standpunkte die verschiedenen Dermatitiden der Neugeborenen und gelangt zum Schlusse, dafs dieselben dem Ekzem ähnliche Veränderungen darbieten, die von einem einfachen Erythem bis zu vesikulösen oder erosiven Hautentzündungen sich entwickeln und endlich zur Papelbildung führen können. Ätiologisch scheint es sich um toxische Einflüsse zu handeln, deren Ausgangspunkt nicht immer mit Sicherheit festgestellt werden kann und die sich an den einer mechanischen Reizung ausgesetzten Hautteilen lokalisieren. Reibungen durch Wäschestücke, Reizungen durch Urin und Fäkalmassen spielen als Bewegungsursachen eine wichtige Rolle. Mikrobien sind in den verschiedenen Präparaten nicht gefunden worden.

Interessant ist es zu wissen, dafs Kinder, die an papulösen Hautentzündungen leiden, eine ausgesprochene Leukocytose der kephalorhachidialen Flüssigkeit darbieten und dies in einer gröfseren Anzahl von Fällen. Man kann also durch diesen Befund die Differentialdiagnose auf syphilitische papulöse Hauteruption nicht stellen.

E. Toff-Braila.

Beitrag zum Studium des Phagedänismus, von L. Brocq und Cl. Simon. (*Tribune méd.* 7. März 1908.) Die Autoren unterscheiden: 1. Läsionen mit zu rapider Zerstörung führendem Verlauf, wo die Art der Krankheit und die Konstitution des Kranken die Hauptrolle spielen (Lupus vulgaris, Lupus vorax, Epitheliom, gewöhnlicher und syphilitischer Schanker). Hier kommt man durch intensive Behandlung der Krankheit und durch Hebung des Allgemeinzustandes zum Ziele. 2. Läsionen mit zu rapider Zerstörung führendem Verlauf, aber von ganz speziellem, beinahe gleichem Aussehen, welches auch immer die Grundkrankheit ist. Sie sind charakterisiert durch Ulcerationen mit infiltrierten Rändern, die hoch aufgerichtet sind und schroff nach innen abfallen, dabei oft unterminiert und von cavernösen kleinen Abscefschen erfüllt sind, so dafs ihre Umgebung schwammig erscheint und auf Druck Eiter entleert. Die Infiltrationszone ist hochrot und kann bei scharfer Begrenzung 1—2 cm Durchmesser haben. Sie haben gewöhnlich eine geometrische Form. Der klinische Aspekt dieser Läsionen läfst gleich vermuten, dass sie durch Mischinfektion einer ursprünglichen Erkrankung (gewöhnlich Syphilis) entstanden sind, sei es durch Streptokokken oder durch Gangränbazillen. In diesen Fällen genügt es nicht, die Grundkrankheit zu behandeln, sondern es mufs eine energische Lokalbehandlung einsetzen, die in Kauterisation oder in chirurgischer Entfernung des gangränösen Herdes bestehen kann. Unter anderen Fällen teilen die Autoren einen Fall von gangränöser sekundär-syphilitischer Ulceration der Glutäalgegend bei einer 32jährigen Frau mit, welche in drei Tagen zu

einer kollossalen Zerstörung führte und nur durch vollständige chirurgische Exzision weit im Gesunden zum Stillstand gebracht werden konnte. Die Wunde heilte, obwohl die Kranke nur 30 g Liquor van Swieten pro die als merkurielle Behandlung erhielt.
Gunsett-Strafsburg.

Akute Lymphadenitis der vorderen Achsel- und Brustdrüsen infolge Hautinfektion der unteren Brust- und oberen Bauchgegend, von WALTER M. BRICKNER-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 17.) Plötzlich auftretende Drüsenschwellungen in der Achsel- und Brustgegend kommen — häufiger bei Frauen als bei Männern — durch Hautinfektion vor; als ihre Ursache sind bisweilen Furunkel infolge Reizung der Haut durch das Korsett nachzuweisen. *Schourp-Danzig.*

Die therapeutische Entgiftung des Blutes. Ihre Verwendung in der Behandlung mehrerer Krankheiten, besonders der Anämien, von ROBERT-TISSOT. (*Folia serologia.* 1909. Bd. III.) Die Ausführungen des Verfassers gipfeln in folgendem: „Sobald das Blut nicht physiologisch rein ist, arbeitet das Herz pathologisch. In diesen Fällen mufs dem Blutmotor geholfen werden, weil nur die normale (unter Digitalis? Ref.) Arbeit des Herzens eine normale biologische Oxydation des Organismus, i. e. ein normales Leben erlaubt.“ Er empfiehlt also Digitalis für diverse Krankheiten und will unter anderem in vier Fällen von Gesichtsrose damit Erfolge erzielt haben.
Haas-Hamburg.

Studien über Immunität und Überempfindlichkeit bei Hyphomycetenerkrankungen, von BLOCH und MASSINI. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* 1909. Bd. 63.) Die Resultate dieser Arbeit sind in folgenden Sätzen zusammengefafst: 1. Der aus einer favusartigen Dermatose des Menschen gezüchtete Trichophyton - Pilzstamm I erweist sich bei kutaner Inokulation für Meerschweinchen, Kaninchen und Menschen als absolut pathogen. 2. Durch das einmalige Überstehen der Krankheit wird der Körper gegen jede weitere Infektion immun. 3. Mit Sicherheit tritt die Immunität nur nach cutaner Erkrankung ein. Negativ oder zweifelhaft ist sie nach intraperitonealer oder subcutaner Injektion von Pilzen. 4. Die Gröfse des Herdes ist für das Eintreten der Immunität ohne Belang. 5. Die spontane Involution des Krankheitsherdes und der Eintritt der allgemeinen Immunität fallen in die gleiche Zeit (sieben bis neun Tage nach der Impfung). 6. Die Dauer der Immunität betrug bis zu 1½ Jahren. 7. Aktive Immunisierung durch Pilzprefssaft und Kulturfiltrat, sowie passive Immunisierung mit Serum und Hautprefssaft gelang uns nicht. 8. In gleicher Weise läfst sich Immunisierung erzielen durch ein, aus einem Kerion Celsi gezüchtetes Trichophyton gypseum (Stamm II) und Mikrosporon lanosum. 9. Die Immunität ist nicht streng artspezifisch. 10. Der Mensch erwirkt durch das Überstehen einer Trichophytie eine Überempfindlichkeit. 11. Diese äufsert sich durch die cutane Reaktion (v. PIRQUET) analog der bei Tuberkulösen. 12. Diese cutane Reaktion tritt sowohl bei Impfung mit Kulturfiltraten als auch bei Einimpfung von lebenden Pilzen zutage. 13. Die cutane Reaktion tritt am siebenten bis achten Tage nach der Inokulation zum ersten Male auf. 14. Die cutane Reaktion bleibt positiv, nachdem die Krankheit abgeheilt ist (bis jetzt drei Jahre). 15. Auf normale Menschen transplantierte Hautläppchen eines Überempfindlichen behalten die Überempfindlichkeit eine Zeitlang bei. 16. Überempfindlichkeit ist ebensowenig artspezifisch als die Immunität. 17. Die Versuche deuten auf enge Verwandtschaft von Trichophyton, Mikrosporon und Achorion hin. Speziell zeigen sie, dafs der zum Achorion Quinkeanum gehörige Stamm I, trotzdem er Scutula bildet, ein echtes Trichophyton ist. *Haas-Hamburg.*

Die Hauttuberkulinreaktion bei Hautkrankheiten, von R. CRANSTON LOW. (*Edinb. med. Journ.* Aug. 1909.) Aus der bei 75 Fällen verschiedenster Hautkrankheiten angestellten Untersuchung kam L. zu folgenden Schlüssen: Alle tuberkulösen

Hautaffektionen, vor allem Lupus vulgaris (zwölf Fälle) geben positive Reaktionen. Der Grad der Reaktion ist jedoch kein Index für Virulenz der Krankheit. Ein positives Resultat bedeutet keineswegs, dafs ein vorhandenes Hautleiden tuberkulöser Natur ist, da die Reaktion auf Tuberkulose irgendeines anderen Organes beruhen kann. Ein negatives Resultat ist aus diesem Grunde von gröfserem Werte als ein positives. Die Methode ist von keiner Bedeutung, um zu bestimmen, ob eine tuberkulöse Affektion noch aktiv ist oder nicht, da sowohl aktive wie scheinbar geheilte Affektionen positive Resultate geben; ebensowenig kann sie zu der Feststellung dienen, ob eine Tuberkulose der Haut geheilt ist oder nicht. Schliefslich gibt L. den Rat, die PIRQUETsche Probe sowohl mit vom Menschen wie vom Rinde stammenden Tuberkulin anzuwenden, bevor man tuberkulöse Hauterkrankungen mit Injektionen behandelt. *Stern-München.*

Zur opsonischen Methodik nebst Untersuchungen über ihre klinische Verwertbarkeit bei Staphylokokkenerkrankungen, von A. BÖHME-Frankfurt. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Bd. 96, Nr. 1 u. 2.) In dieser Arbeit gibt B. die Resultate von Versuchsreihen, die sich mit der Bestimmung der Fehlergröfse bei Opsoninversuchen beschäftigen. Er fand, dafs bei Verdünnung des Serums die Phagocytose sinkt, jedoch in sehr viel geringerem Grade als dem Verdünnungsgrad entspricht. Der opsoninische Effekt — die phagocytäre Zahl, Frefszahl — verändert sich nicht proportional dem Opsoningehalt, sondern in sehr viel geringerem Mafse. Die Stärke der Phagocytose war bei Staphylokokkenversuchen annähernd proportional der Bakterienaufschwemmung. Was den Wert der Opsoninbestimmung für die Diagnose von Staphylokokkenerkrankungen betrifft, so mufs ihr ein solcher nur in geringem Mafse zugesprochen werden, da der Opsoninindex normaler Personen erheblichen Schwankungen ausgesetzt ist und bei chronischen Staphylomykosen wenig von demjenigen normaler Personen verschieden gefunden wurde. Weitere Details müssen im Original nachgelesen werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Wirkung des Radiums auf die Gewebe, von G. GUYOT-Bologna. (*Centralbl. für allg. Pathol. u. pathol. Anatom.* Bd. 20. Nr. 6.) Die Versuche und Beobachtungen des Verfassers ergeben, dafs der nach der Einwirkung des Radiums in der Epidermis einsetzende Prozefs nicht ein nekrobiotischer Prozefs der Zellen, sondern die Wirkung eines abnorm lebhaften Reizes ist, der die Epithelzellen zu überstürzter Entwicklung und rapider Involution anreizt. Mit ihr kann in zweiter Linie, wenn die Radiumeinwirkung intensiv war, auch ein nekrotischer Prozefs der Zellen einhergehen.

Für die Erweiterung der Blutgefäfse, die schon früh auftritt und die Radiumdermatitis in ihrer ganzen Entwicklung begleitet, findet der Verfasser die Erklärung teils in dem gröfseren Nahrungsbedürfnis der in gesteigerter Tätigkeit befindlichen Zellen, teils in der Natur des Entzündungsprozesses, der die Radiumdermatitis charakterisiert. Primäre Veränderungen der Gefäfswand konnte G. bei seinen Versuchen niemals feststellen. Die Radiumdermatitis beginnt wahrscheinlich mit der Wirkung des entzündlichen Reizes auf den Gefäfsnervenapparat der Cutis und setzt sich fest infolge des fehlenden Schutzes durch die Epidermis, sobald diese zugrunde gegangen ist. Für die lange Dauer der Radiumdermatitis ist, wie es scheint, die Anhäufung von radioaktiver Energie im Innern der Gewebe selbst verantwortlich zu machen.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dafs alle Stützsubstanzen der Radiumwirkung gegenüber die gröfste Resistenz zeigen. Die elastischen Fasern und die glatten Muskeln sind die resistentesten Elemente. Die quergestreiften Muskelfasern sind ebenfalls unempfindlich gegenüber der direkten Radiumeinwirkung und lösen sich nur dort auf, wo der Entzündungsprozefs sie erreicht und in den allgemeinen Zerfall mitzieht. *Schourp-Danzig.*

Die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Scharlach und Malaria, von Tschiknawerow. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 26.) Die vom Verfasser am Kiewer bakteriologischen Institut (Abteilung von Prof. Wyssokowitsch), vorgenommenen Untersuchungen über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, Scharlach und Malaria ergaben bei sekundärer Lues mit manifesten Erscheinungen ein positives Resultat in 92%. In 21 Fällen von Scharlach fiel die Reaktion dreimal und in acht Fällen von Malaria kein einziges Mal positiv aus.

Arthur Jordan-Moskau.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Bedürfen wir innerer Mittel zur Beseitigung kosmetischer Hautleiden? Von Georg Joachim-Berlin. (*Allg. Medis. Central-Ztg.* 1909. Nr. 21 und *Dtsch. Medis.-Ztg.* 1909. Nr. 46.) Der Verfasser bejaht die Frage, indem er für ein Lecithinpräparat, das Neocithin, eine Lanze bricht. Er empfiehlt das Mittel bei Aknekranken, blutarmen Mädchen, bei störender Magerkeit usw. in Verbindung mit örtlichen Heilmethoden. *Schourp-Danzig.*

Diätetische Behandlung der Hautkrankheiten, von M. Porosz-Budapest. Der Zusammenhang der Ekzeme mit gastrischen Störungen als neuere Erfahrung wird eingehend behandelt. Aufser den Daten Finkelsteins, Feers, Bernheims und Ehrmanns führt er auch seine Erfahrungen an. Nach Heilung einer Impetigo contagiosa verdirbt sich ein zweijähriges Kind den Magen, hat Erbrechen und sofort tritt darnach erythematöses Ekzema papulosum vesiculosum crustosum auf, in erster Reihe an der Stelle der geheilten Impetigo, später am ganzen Körper. Er hält Pruritus cutaneus nicht für ein nervöses, sondern für ein Intoxikationshautleiden. Er beobachtete Fälle bei Zusammenlebenden sehr oft. Mit Heifsluftdouche behandelt und hyperämisiert hört das Jucken auf. Während der Behandlung beifst, brennt und juckt die kranke Haut, die gesunde jedoch fühlt nur Wärme ohne Jucken. Nach dieser Erfahrung kann die Heifsluftdouche auch zu diagnostischen Zwecken angewendet werden. (Autorreferat.)

Die passive Hyperämie nach Bier in der Behandlung einiger Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Pietro Stancanelli. (*Riv. internaz. di terap. fisica.* 1909. Nr. 5.) Der Artikel enthält nur längst bekannte Sachen.

Gunsett-Strafsburg.

Über Funkenbehandlung, von Felix Davidsohn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Die Funkenwirkung setzt sich zusammen aus: 1. der grobmechanischen, 2. der thermischen, 3. der baktericiden Wirkung und 4. der elektrischen Beeinflussung der Zelle und des Zellstoffwechsels.

Das vom Funken betroffene Gewebe wird an der Oberfläche zum Teil direkt zertrümmert; dieses kann doppelt erwünscht sein, wenn z. B. ein Hauttuberkel erstens mechanisch zertrümmert und zweitens die ihn ernährenden Gefäfse durchschlagen werden.

Die Funkenwärme ist erheblich, doch wird die Heilwirkung des Funkens nicht erheblich vermindert durch Anwendung von Kühlmitteln (flüssiger Luft).

Die baktericide Wirkung im Gewebe (Lupus) ist schwer zu beurteilen, da wohl die Leukocyteneinwanderung der wirksame Heilfaktor ist.

Von gröfster Bedeutung ist die Beeinflussung der Zelle und des Zellstoffwechsels durch die Elektrizitätsübertragung des Funkens. Die Wirkung des Funkens ist analog derjenigen der Röntgenstrahlen eine ionisierende. Durch Änderung des elektrochemischen Verhaltens des Plasmakolloids wird der Zellstoffwechsel gestört, die Zelle wird krank

und kann entweder absterben oder wieder gesunden. Bei der elektrischen Wirkung des Funkens sind die auftretenden ultravioletten Strahlen und der nascierende Ozon beteiligt, die beide ionisierend wirken. Im Gegensatz zu Röntgenstrahlen, die positive und negative Ladungen zerstreuen, zerstreuen ultraviolette Strahlen nur negative Ladungen und wirken vielleicht deshalb weniger intensiv auf Zellen. Makroskopisch sichtbar ist nur die entzündliche Wirkung. Die Hauptkunst besteht in der Dosierung, d. h. möglichste Schädigung des kranken Gewebes bei möglichster Schonung des gesunden zu erzielen. Das Durchdringungsvermögen des Funkens ist geringer als das der Röntgenstrahlen.

Aus dem Indikationsbericht der Funkentherapie sei hier hervorgehoben ihre Empfehlung bei rezidivierten Krebsen. Autor empfiehlt die Methode warm, aber nur bei genauester Befolgung der angegebenen Technik und daher nur von seiten der Fachgelehrten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Radium in der Dermatologie, von J. Goodwin Tomkinson. (*Glasgow med. Journ.* Juni 1909.) T. hatte Gelegenheit, am Radiuminstitut des Spitals St. Louis zu Paris die Radiumtherapie genau kennen zu lernen und bespricht hier die dort angewandte Technik und deren Erfolge. Während Danlos den therapeutischen Effekt der Radiumstrahlen nur auf Lupus (tuberkulösen), oberflächliches Epitheliom und Naevus vascularis beschränkt sieht, haben Wickham und Degrais außer bei letzterem wo Radium wohl ohne Zweifel nun das beste Verfahren darstellt, auch bei Leukoplakie und Keloid mit Radium vorzügliche Erfolge gehabt, ebenso bei hartnäckigen pruriginösen Zuständen. Die Anwendungen des Radiums sind schmerzlos, die damit erzielten Narben geschmeidig und weich, zeigen keine Spur von Hypertrophie und sind kosmetisch tadellos. Das in Paris am häufigsten angewandte Radiumsalz ist das Sulphat und zwar gewöhnlich mit Bariumsulphat gemischt, die Radioaktivität des reinen Salzes ist zwei Millionen, die Mischung mit gleichen Teilen Bariumsulphat eine Million. Die Dauer der Einwirkung hängt von der Art des Leidens und der Art der angewandten Strahlen — ob mit allen oder nur einem Teile derselben (Filtration) — ab.

Stern-München.

Die Wirkung des Radiums auf die Gewebe. Experimentelle Hautstudien, von G. Guyot. (*Riv. internaz. di terap. fisica.* 1909. Nr. 6.) Die Versuche wurden an Mäusen vorgenommen. Die Bestrahlung erfolgte gewöhnlich 48 Stunden lang, die Tiere wurden dann nach verschieden langen Intervallen geschlachtet und die bestrahlten Stellen mikroskopiert. Am fünften Tage nach der Bestrahlung fand sich eine beginnende Proliferation der Epidermis. An Stelle der bei der Maus an einer Zelllage bestehenden Epidermoidalschicht bildeten sich sechs bis acht Reihen von Zellen, die Basalzellen zylinderförmig mit Pallissaden mit vielen Kernteilungen, darüber embryonale Epithelzellen und oben Zellen in aktiver Verhornung begriffen. Diese Verhornung und eleïdine Entartung der oberen Zellen nimmt bis zum zehnten Tage noch mehr zu, während die Proliferation in der Tiefe abnimmt und in der dritten Woche einer Atrophie des Epithels Platz macht, die oberen Schichten hingegen abschuppt. Nach der dritten Woche findet man bei vollständigem Epithelschwund einen torpiden entzündlichen Prozeſs mit Ulceration, der zuletzt in Vernarbung übergeht.

In der Cutis findet sich gleich zu Anfang Leukocyteninfiltration, die teilweise bis in die Epidermis gelangt, später seröse Imbibition mit Abhebung der Epidermis und Suppuration zur Zeit des Epidermisschwundes. Zur Zeit der Regeneration erscheint ein junges Granulationsgewebe. Die Blutgefäſse sind bereits sofort nach der Bestrahlung stark dilatiert und es findet eine starke Leukocytenauswanderung statt. Zur Zeit der Ulceration obliterieren sie wieder. Die elastischen Fasern werden nur wenig betroffen, auch die Musculi arrectores pilorum widerstehen

sehr lange und werden höchstens durch eine tiefere Suppuration in Mitleidenschaft gezogen. Die Haarscheide ist wie die übrige Epidermis anfangs hyperplastisch mit häufiger Karyokinese. Aber nach dem zehnten Tage degeneriert sie, die Haare fallen aus, nach der dritten Woche findet sich ein alopezischer Zustand, der andauert, bis der entzündliche Zustand der Cutis vorüber ist. Nach einigen Monaten beginnt die Regeneration an der Haarwurzel und das Haar beginnt wieder zu wachsen. Eine Zerstörung des Haarfollikels tritt nur ein, wenn die Suppuration auf ihn übergreift. Sehr interessant ist das Verhalten der Talgdrüsen. Von vornherein vermehren sie in bedeutendem Maſse ihr Volumen und zwar sowohl was Sekretion als was Proliferation anbetrifft. Dieser hyperplastische Zustand bleibt während des ganzen Prozesses bestehen, auch wenn Epidermis und Haarscheide atrophieren. Die Öffnung bleibt dann oft bei Schwund des Haarfollikelepithels offen oder verschlieſst sich, besonders wenn die entzündliche Reaktion der Cutis sehr stark ist. So bilden sich persistierende Cysten. Bei der Maus reicht die Wirkung des Radiums bis zur quergestreiften Hautmuskulatur. Diese verlieren zur Zeit der intensiven Entzündung der Cutis ihre Querstreifung und werden homogen hyalin. Sie verschwinden dann ganz und machen einem zellreichen Granulationsgewebe Platz, indem sich viele mit gelbem Pigment gefüllte Makrophagen ähnliche Zellen finden. Eine Regeneration der Muskelfasern kommt nicht zustande. Interessant in der Arbeit ist besonders der Befund der anfänglichen Hyperplasie der Epidermis und das Verhalten der Talgdrüsen.

Gunsett-Straſsburg.

Über Kontraindikationen des Finsenverfahrens, von Max Piorkowski-Stettin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) P. zeigt, daſs die Finsenbehandlung des Lupus, wenigstens wenn gröſsere, tiefliegende Herde vorhanden sind, nicht kostspieliger ist und nicht länger dauert als die Behandlung mit anderen, radikal wirkenden Methoden. Kontraindikationen gegen das Finsenverfahren sind nur Organleiden, welche die horizontale Lagerung zur Bestrahlung behindern (organische Herzleiden, Fettleibigkeit, asthmatische Beschwerden, kyphoskoliotische Verkrümmungen), ferner narbige Veränderungen, wie sie bei Anwendung der alten Behandlungsmethoden entstehen, und endlich zu groſse Ausbreitung der Erkrankung. Die Entstehung solcher verzweifelter, durch Finsenbehandlung nicht mehr beeinfluſsbarer Fälle und überhaupt jede schwerere Schädigung durch Lupus würde mit Sicherheit vermieden, wenn das Finsenverfahren in jedem Falle von Lupus möglichst frühzeitig zur Anwendung käme; dazu aber bedürfte es der Errichtung von Finsenheilstätten. *Götz-München.*

Der therapeutische Wert der Bestrahlung granulierender und eitriger Wunden und Unterschenkelgeschwüre mit blauem Bogenlicht, von Paul Richter-Mariendorf-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) Die Bestrahlung von granulierenden und eiternden Wunden und Unterschenkelgeschwüren mit blauem Bogenlicht wirkt nach den Erfahrungen R.s ebensogut, vielleicht sogar noch stärker wie Sonnenbelichtung; sie befördert die Reinigung der infizierten und mit abgestorbenen Massen bedeckten Wundflächen, regt die Granulationsbildung an, epidermisiert die Granulationen, lindert die Schmerzen und macht die Anwendung von Ätzmitteln, Pulvern und Salben überflüssig. Die Narben werden elastischer, weicher, schmerzloser und widerstandsfähiger als nach anderen Behandlungsmethoden. Die Strahlen wirken durch direkte Beeinflussung der arteriellen Blutzufuhr und die dadurch hervorgerufene Reizung der regenerierenden Organe. Instrumentarium und Technik sind sehr einfach. Nötig ist nur eine Bogenlampe mit Scheinwerfer und blauen Glasscheiben; der Lichtbogen wird durch einen Reflektor auf die zu bestrahlende 1½—2 m entfernte Wundfläche geworfen und konzentriert, die Hitzestrahlen werden durch blaue Glasscheiben absorbiert. Die Sitzungen, die täglich vorgenommen werden, dauern

20—30 Minuten; schon nach einer Bestrahlung sehen die Wunden trocken und blutrot und wie mit einer dünnen Narbenhaut überzogen aus. Nach jeder Sitzung bedeckt man die Wunde mit steriler Gaze, die mit Heftpflaster fixiert wird. Ruhigstellung des kranken Gliedes während der Behandlung ist nicht nötig, der Heilungsprozefs wird durch Bewegungen nicht beeinträchtigt. *Göts-München.*

Über Vaccinetherapie, von Georg Wolfsohn-Schöneberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Die Arbeit handelt von den therapeutischen Erfolgen der nach Wrightscher Vorschrift aus den verschiedenen Krankheitserregern hergestellten Vaccine. Der Hauptsache nach handelt die Arbeit von chirurgischen Fällen. In drei Fällen von Furunkulose und einem von seit drei Jahren bestehender schwerer Akne war die Therapie zweifellos von Wert, wie auch bei anderer Staphylokokkeninfektion. Eine weitere Nachprüfung der Methode wird angelegentlichst empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten, von Klingmüller-Kiel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.) Klinischer Vortrag, der in der Hauptsache naturgemäfs nur Allbekanntes enthält. — Bei den nervösen Pruritusformen sind nach den Erfahrungen Kl.s Kohlensäurebäder zu empfehlen, Bäder mit Sauerstoff-Fichtennadelzusätzen scheinen ihm weniger wirksam zu sein. Chrysarobin und Pyrogallol will Kl. mehr, als es gewöhnlich geschieht, bei der Behandlung juckender Hautkrankheiten in Anwendung gebracht wissen, Chrysarobin namentlich bei ekzematösen Prozessen, bei denen auch Lenigallol sehr juckstillend wirkt. Auch Perubalsam in schwacher Konzentration tut bei juckenden Dermatosen, z. B. beim Strophulus der Kinder, sehr gute Dienste. Aufserordentlich günstige Erfolge hat Kl. in den letzten Jahren bei der Behandlung juckender Hautkrankheiten mit violetten und ultravioletten Strahlen erzielt; er verwendet dazu in der jüngsten Zeit eine von der Quarzlampengesellschaft gelieferte grofse Beleuchtungslampe. Gewöhnlich genügt die einfache Erythemdosis, um das Jucken, z. B. bei universellem Lichen ruber planus, Dermatitis herpetiformis, Pityriasis rosea, bei postskabiösen Dermatosen, ausgedehnteren Ekzemen usw. zu beseitigen. Auch beim Strophulus der Kinder wirken die ultravioletten Strahlen sehr gut.

Diätvorschriften gibt Kl. Patienten mit juckenden Hautkrankheiten nur dann, wenn in der Lebensführung unzweckmäfsige Gewohnheiten bestehen; vegetarische Ernährung ist ebenso wie Wechsel der Nahrung nach seinen Beobachtungen wirkungslos. *Göts-München.*

Verschiedenes.

Ein neues, waschbares, gepolstertes Suspensorium, von K. Schindler-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) Dies Suspensorium besteht, mit Ausnahme der Gurte, aus wasserdichtem Gummibatist, hat nur drei Schnallen und ist desinfizierbar. Zu beziehen von der Bandagenfabrik J. G. Hoffmann in Berlin. *Philippi-Bad Salzschlierf.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. №. 10. 15. November 1909.

Die Behandlung des Lupus erythematosus.

Von

Sir Malcolm Morris, K. C. V. O., London.

Daſs die Behandlung des Lupus erythematosus im allgemeinen so wenig erfolgreich ist, erklärt sich aus dem Mangel an genaueren Kenntnissen über die Ätiologie des Leidens und aus der zurzeit noch vorherrschenden Unklarheit betreffs des eigentlichen Wesens desselben. Von den verschiedenen Autoren ist eine ganze Anzahl von Abarten beschrieben worden. Es mag daher der Klarheit wegen angebracht sein, gleich von vornherein darzulegen, daſs ich die zwei hauptsächlichen klinischen Typen anerkenne: a) den „eruptiven", welcher der Kaposischen „agminierten" oder „diskreten" Form entspricht, und b) den langsam wachsenden Typ, entsprechend dessen „diskoider" Form.

Die von Kaposi beschriebene dritte Abart, welche durch hochgradige allgemeine Symptome mit oftmals tödlichem Ausgang gekennzeichnet ist, habe ich selbst zu beobachten nie Gelegenheit gehabt, und es ist überhaupt von englischen Dermatologen über derartige Fälle nur selten berichtet worden. Zu nennen wären Short, welcher (*Brit. Journ. of Derm.*, 1907, XIX, S. 271) einen charakteristischen Fall beschreibt, und Macleod (ibid., 1908, XX, S. 162), dessen Fall mit Nephritis kompliziert war und tödlich endete.

Die von Leloir 1891 beschriebene „erythematoide" Form dürfte aufzufassen sein als eine Phase des Vorganges, welchen man sonst als „Transformierung" des Lupus vulgaris in Lupus erythematosus zu bezeichnen pflegte. In Wirklichkeit wird dieser Prozeſs nichts anderes bedeuten als eine Komplikation von Lupus vulgaris erythematoides mit knötchenförmiger, prominierender Infiltration.

Ein kleiner Zusatz ist noch hinzuzufügen betreffs der Ätiologie, namentlich wegen deren Beziehung zur Therapie. Mehrere Dermatologen, unter denen in erster Linie Sir Jonathan Hutchinson zu erwähnen ist, huldigen der Auffassung, daſs Lupus erythematosus im Grunde tuber-

kulösen Ursprungs sei. BOECK formuliert seine Auffassung dahin, daſs die Affektion zwar sicherlich nicht durch die direkte Einwirkung des Tuberkelbacillus auf die Haut hervorgerufen wird, daſs sie aber durch die Anwesenheit von spezifischen Toxinen im Blute entsteht, welch letztere namentlich bei konstitutionell tuberkulös veranlagten Individuen sich zu entwickeln befähigt sind.[1] Nach BOECK ist der Lupus erythematosus sogar aufzufassen als „der Ausdruck einer ausgesprochenen Tuberkulose der Haut". Immerhin erklärt sich das Übergewicht der Meinungen gegen die Lehre von einem tuberkulösen Ursprung dieses Leidens. Meiner eigenen Anschauung nach existieren keine gültigen Beweise, weder auf klinischem noch auf pathologisch-anatomischem Gebiete, welche uns berechtigen könnten, das Leiden als tuberkulös im Sinne einer lokalen bazillären Infektion zu bezeichnen. MACLEOD[2] sagt auch, daſs er weder aus eigener Beobachtung, noch aus den Berichten anderer irgend einen Fall kennen gelernt hat, bei welchem durch die Injektion von Tuberkulin Lupus erythematosus entstanden wäre. Allerdings bedingt die nicht ganz seltene Komplikation mit Tuberkulose eine Steigerung der Hautaffektion. Auch gewinnt die Theorie, daſs es sich hierbei um eine Toxämie irgendwelcher Art handeln müsse, allmählich an Ausdehnung. SEQUEIRA und BALEAN[3] konstatierten bei der von ihnen angestellten erschöpfenden Untersuchung der Pathologie von 71 Fällen wiederholt das Zusammentreffen von Albuminurie mit den rapider verlaufenden Formen des Leidens. Bei dem einen Falle kam es zur Autopsie. Der Urin hatte enorm viel Eiweiſs enthalten nebst Blut und Cylindern; die Nieren boten die Anzeichen einer frischen Nephritis dar. Nach diesen Ergebnissen neigen die Verfasser zu der Meinung, daſs bei derartigen Fällen die Nierenentzündung durch die Einwirkung der ausgeschiedenen Toxine hervorgerufen wird, wie dies bei exanthematischen Fieberzuständen bekannt ist. GALLOWAY und MACLEOD[4] stimmen auch dafür, daſs man einige Anhaltspunkte besitzt für einen Zusammenhang zwischen Lupus erythematosus und chronischer Nephritis. Sie stellen die Vermutung auf, daſs aller Wahrscheinlichkeit nach als Basis der Krankheit oder sogar als deren Ursache viele verschiedene Formen von Blutvergiftung bei empfindlichen Individuen wirksam sein dürften, und sie heben als den möglicherweise am allerhäufigsten Faktor die Resorption der durch pyogene Organismen erzeugten Gifte hervor. Neben der durch das Toxin bedingten vasomotorischen Störung erscheint es plausibel, eine Neigung zur prompten Entwicklung von Paralyse des vasomotorischen Mechanismus anzunehmen. Bei einem

[1] Verhandlungen des Wiener Kongresses. *Brit. Journ. of Derm.* 1892. Bd. IV.
[2] *Lancet.* 31. Okt. 1908.
[3] *Brit Journ. of Derm.* 1902. XIV, S. 267.
[4] *Brit. Journ. of Derm.* 1903. XV, S. 81.

grofsen Prozantsatz von Kranken mit Lupus erythematosus sieht man Kreislaufsanomalien der einen oder der anderen Art, z. B. eine violette Hautfärbung an den Händen, Neigung zu Frostbeulen, „Absterben“ der Finger und RAYNAUDsche Krankheit. Derartige Abnormitäten können tatsächlich in Lupus erythematosus übergehen. Es ist also diese Krankheit ihrem Wesen nach eine chronische Hautentzündung von ursprünglich circumskripter Lokalisation mit der Tendenz zum Entstehen an Teilen, welche, wie die Hände, Füfse und Nase, leicht infolge von Kälteeinwirkung eine schädliche Störung der Zirkulation erleiden; ebenso gehört zu diesen Prädilektionsstellen das sogenannte „Gebiet des Errötens“ am Gesicht, wo bei vielen Personen vasomotorische Störungen auf ganz geringfügige Veranlassungen hin entstehen. Damit erklärt sich auch die relative Häufigkeit des Lupus erythematosus beim weiblichen Geschlecht, das ja während der Katamenien und zur Zeit des Klimakteriums in besonders starkem Grade von Kreislaufsstörungen heimgesucht wird.

Vasomotorische Anomalien können möglicherweise allerdings eine Disposition zu toxischen Infektionen begründen, aber man hat weder für das tatsächliche Bestehen einer derartigen Infektion, noch auch für deren genaue Art und Wesenheit die endgültigen Beweise bisher geliefert. Es ist noch kein spezifischer Mikroorganismus aufgefunden worden, auf dessen Einwirkung die Entstehung der Krankheit zurückgeführt werden könnte. Indessen erscheint es nicht unwahrscheinlich, dafs die akut entzündlichen Läsionen dem Einflufs des Streptococcus des Erysipels oder einem analogen Lebewesen zuzuschreiben sind.

Gelegentlich ist Lupus erythematosus mit Osteoarthritis vergesellschaftet. Zurzeit habe ich einen Mann in Behandlung, welcher viele Jahre an Osteoarthritis gelitten hat und jetzt seit einigen Monaten einen noch vorhandenen Lupus erythematosus an beiden Ohren und Wangen darbietet.

Das Dunkel, welches die Ätiologie dieses Leidens umgibt, macht es uns schwer, irgendwelche bestimmten allgemeinen Grundsätze für die Behandlung zu formulieren. Die Intensität der Krankheit zeigt einen ganzen Kreislauf von Schwankungen, aber eine gewisse Neigung zur spontanen Heilung ist nach einem mehr oder minder protrahierten Bestehen doch vorhanden. Die Mitwirkung der Therapie ist dabei nicht in jedem Falle mit Sicherheit zu erkennen.

Bevor ich mich der Besprechung der Behandlung des Leidens zuwende, möchte ich noch ein Moment, welchem ich eine grofse praktische Bedeutung beilege, besonders hervorheben. Es handelt sich um das Wort „Lupus“, das auf die Gemütsverfassung der Kranken entschieden nachteilig einwirkt, beim Arzte eine verkehrte Vorstellung hervorrufen kann und aus diesen Gründen verdient, als allgemein gebräuchliche Bezeichnung gestrichen zu werden. Der von mir vor mehreren Jahren schon vor-

geschlagene Name **Erythema atrophicans** oder der von Unna der Krankheit beigelegte Name **Ulerythema centrifugum** würden den praktischen Vorzug gewähren, die Affektion vollständig von dem weit formidabeleren wirklich tuberkulösen Leiden zu unterscheiden.

Ein Spezifikum für Lupus erythematosus gibt es nicht. Man mufs jeden einzelnen Fall seinen individuellen Eigenheiten gemäfs behandeln. Hier kann ich nur im allgemeinen die Mafsregeln, welche ich bevorzuge, andeuten. Als Leitprinzip ist hervorzuheben, dafs innere Medikamente zu verabreichen sind, wenn die Affektion mit vasomotorischen Störungen an den Extremitäten assoziiert ist, und wenn anzunehmen ist, dafs eine Autointoxikation durch etwaige im Blute kreisende giftige Substanzen obwaltet. Auf äufserliche Mittel soll man sich nur dann verlassen, wenn keinerlei Zeichen einer konstitutionellen Abnormität vorhanden sind. Die Behandlung mufs also einerseits eine **konstitutionelle**, andererseits eine **lokale** sein; oftmals wird man beide vereinigen müssen. Jede Stoffwechselstörung, jede Erkrankung der Leber oder der Nieren mufs durch entsprechende Mittel bekämpft werden. Die Darmfunktion ist durch morgendliche Darreichung von salinischen Laxantien zu einer geregelten Tätigkeit anzuregen. Gelegentliche kleine Dosen von Kalomel sind dabei sehr zu empfehlen. Ferner ist die Antisepsis der Zähne und der Mundhöhle eine Sache von grofser Wichtigkeit. Ich habe verschiedentlich Fälle beobachtet, bei denen die toxämischen Symptome eine entschiedene Besserung erfuhren, sobald für genaues Reinhalten des Mundes gesorgt war. Alles was einen Blutandrang nach dem Gesicht herbeizuführen geeignet ist, mufs als unbedingt schädlich erklärt werden; es ist deshalb ein absolutes Verbot auf Alkohol zu legen, und Curry sowie alle anderen erhitzenden Gewürze müssen durchaus gemieden werden. Kaffee, Tee und Tabak sind ebenfalls zu verbieten. Etwaige auf eine Herabsetzung der Vitalität im ganzen deutende Erscheinungen sind nach den allgemeinen medizinischen und hygienischen Grundsätzen zu behandeln. Wo sich etwa durch Frostbeulen und die sonstigen bereits angeführten Symptome ein Defekt im Blutkreislauf kundgibt, ist es ratsam, die Patienten wenn möglich den Winter in einem warmen Klima zubringen zu lassen. Auf die Diät mufs spezielle Sorgfalt verwendet werden, um die Gefahr einer Verdauungsstörung oder die Ansammlung von Massen, welche einen günstigen Boden für Infektionen im Darmkanal abgeben können, zu verhüten. Die Darreichung von Salol in Dosen von einem halben Gramm dreimal täglich nach den Mahlzeiten ist sehr zweckmäfsig; auch sind Salicyl und Bismut in Tabletten- oder Pillenform oft von guter Wirkung. Sie können auch mit Chinin kombiniert werden, doch mufs dieses Mittel nicht gegeben werden, wenn Neigung zu Pernionen und Kreislaufsstörungen besteht. Von Arsenik habe ich niemals irgendwelchen greifbaren Nutzen

gesehen, noch auch von Digitalis, doch haben diese Medikamente beide ihren Kreis von Anhängern. Belladonna erweist sich nützlich bei Patienten in mittlerem und höherem Alter. Ergotin habe ich ziemlich wertlos gefunden. Bei allen mit Abnormitäten der Zirkulation verknüpften Fällen gebe ich nach UNNAS Vorgang Ichthyol innerlich; man erzielt damit nicht nur eine gute Regulierung des Kreislaufs, sondern auch zugleich eine Desinfektion des Darminhalts und Verminderung der Gase im Intestinalkanal. Ich fange mit Dosen von 0,15 g nach jeder Mahlzeit an und steigere bis auf 0,5 und 1,0 g; aussetzen mufs man oder jedenfalls eine Herabsetzung der Dosis eintreten lassen, sobald über Aufstofsen geklagt wird, denn dies deutet darauf hin, dafs dem Magen mehr zugeführt wird, als derselbe vertragen kann. In manchen Fällen im Alter der Menopause habe ich beim Versagen von Ichthyol auch kleine Dosen von Opium gegeben; ich fange mit 0,002 g in Pillenform dreimal täglich an und steigere allmählich bis auf 0,015 pro dosi. Ich möchte noch bemerken, dafs ich diese Art der Opiumdarreichung auch bei Neigung zu Frostbeulen als ein nützliches Mittel zur Regulierung des Blutkreislaufs erprobt habe, Adrenalin leistet ebenfalls Gutes in dieser Hinsicht. Bei einigen sehr akuten Fällen von Lupus erythematosus habe ich auch gute Resultate erzielt, indem ich auf kurze Zeiträume die Patienten auf eine ausschliefsliche Fleischnahrung mit ausgiebigem Trinken von heifsem Wasser setzte. Auf diese Weise erzielt man eine Reinigung des Darmtraktus, indem man die aus den stärkemehlhaltigen Nahrungsbestandteilen entstehende Gasentwickelung umgeht, und die Ausscheidung der alimentären Schlacken wird durch die reichliche Durchspülung der Nieren gefördert. Bei akuten Fällen kann diese Diät zehn Tage lang fortgesetzt und von Zeit zu Zeit wiederholt werden. Einen Fall von RAYNAUDscher Krankheit habe ich durch diese Verordnung im Verein mit dreiwöchiger Bettruhe vollständig genesen sehen.

Calciumchlorid ist von verschiedenen Beobachtern in der Behandlung von Frostbeulen nützlich gefunden worden, und dasselbe mag auch infolge der ihm zuzusprechenden Wirkung auf die Zirkulation von Nutzen sein. Der hochfrequente Strom erweist sich oft als wirkungsvoll, namentlich zur Steigerung des Stoffwechsels und zur Erhaltung normaler Darmverhältnisse. Ich habe dies Verfahren mehrmals bei subakuten Fällen mit Nutzen angewandt. Als Hauptgrundsatz ist zu betonen, dafs der Patient ein gesundes Dasein möglichst im Freien, soweit es die äufseren Verhältnisse irgend gestatten, zu führen bemüht sein soll.

Was die Lokalbehandlung betrifft, gilt für die meisten Fälle die Erfahrung, dafs in den Frühstadien ein energischeres Eingreifen oftmals schädlich wirkt. Auf diesem Gebiet namentlich ist die sorgfältige Berücksichtigung der Idiosynkrasien des Patienten und der speziellen Art

der Krankheit von besonderer Wichtigkeit. Im Stadium der Hyperämie wird man kühlende Umschläge (Liq. plumb. subacet., Calciumcarbonat) anwenden. In der Regel sind Salben hierbei kontraindiziert. HEBRAsche Seife (Sapo mollis viridis 100,0, Spirit. vini 50,0), mit einem Flanell- oder Lintläppchen aufgerieben, wirkt günstig zur Beseitigung der Schuppen. Ichthyol in flüssiger Lösung hat eine fast spezifische Wirkung auf die Zirkulationsverhältnisse und ist meiner Erfahrung nach das nützlichste von allen unseren lokalen Mitteln. Für die örtliche Anwendung kommen ferner in Betracht je nach dem individuellen Verhalten: Resorzin (als 10%ige Auflösung in Collodium), Salicylsäure (3—6%, auch in Collodium) und Pyrogallussäure in Gestalt eines Pflasters. Diese Agentien eignen sich für die ausgesprochen chronischen Formen des Leidens. Beim Resorzin namentlich erzeugt man leicht Blasen, wenn dasselbe in stärkerer Konzentration appliziert wird; auf entzündliche Stellen soll man es deswegen auch niemals anwenden. Aber auch für chronische Fälle habe ich das Ichthyol bei fortgesetzter Applikation in konzentrierter Form am wirksamsten gefunden. Desgleichen ist das Jodliniment namentlich in Kombination mit der internen Darreichung von Chinin entschieden nützlich. Kleine Flecke kann man durch ein lineäres Skarifizieren oder durch leichtes Berühren mit dem Thermokauter oft erfolgreich behandeln. Als Verband dient nachher eine Bedeckung mit Jodoform- oder Salicylsäurepflastermull. Bei einer 60jährigen Frau, welche auf dem Nasenrücken einen seit vier bis fünf Jahren bestehenden circumskripten Fleck darbot, exzidierte ich das erkrankte Gebiet. Es erfolgte eine gute Narbenbildung, und die Affektion rezidivierte nicht. Auch das Finsenlicht habe ich bei chronischen Fällen erfolgreich angewandt. Im akuten Stadium schadet die Lichtbehandlung geradezu, und sie muſs überhaupt stets genau auf ihre Wirkung hin kontrolliert werden. Hingegen sind diese Agentien, welche in der Frühperiode Unheil anrichten können, besonders nützlich im späteren Verlauf, wo das Integument verdickt ist. LASSUEUR[5] in Lausanne hat über 17 Fälle berichtet, bei denen er eine Behandlung mit Röntgenstrahlen durchführte. Eine Heilung wurde nur bei sechs Patienten erzielt, bei zweien ergab sich kein Resultat, und bei den übrigen war zwar eine mehr oder weniger deutliche Besserung zu konstatieren, aber bei den meisten unter ihnen trat ein Rückfall ein. Mir persönlich haben sich die Röntgenstrahlen als unzuverlässig erwiesen.

Das Radium kann man an beschränkten Stellen anwenden. WICKHAM und DEGRAIS,[6] welche der Meinung zu huldigen scheinen, daſs Lupus erythematosus eine Form von Tuberkulose ist, melden, daſs ihnen das

---

[5] *Arch. d'Electricité médicale.* 10. April 1909.

[6] *Radiumthérapie.* Paris 1909. S. 268.

Radium bei einer gewissen Zahl von Fällen „sehr befriedigende Resultate ergeben hat“. Es sind dabei verhältnismäſsig hohe Grade der Intensität erforderlich, und die Bestrahlung muſs sich auf eine ziemlich groſse Zone über das Krankheitsgebiet hinaus erstrecken. Die entzündliche Reaktion soll eine „ziemlich akute“ sein. Diese Autoren bemerken, daſs Rezidive und neue Schübe stets am Rande der zuerst erkrankten Stelle eintreten. Sie berichten über einen Fall, bei dem das Leiden beide Seiten des Gesichts betraf; die eine Seite wurde mit Radium in der gewöhnlich geübten Weise behandelt, während die andere intradermale Injektionen von radiumhaltigem Wasser (Eau radifère) erhielt. Auf der nach der gewohnten Methode behandelten Seite erfolgte eine intensive Reaktion mit Einschmelzung des Gewebes und nachträglicher Regeneration. Am 16. Januar wurde eine vorzügliche Vernarbung konstatiert, aber am 22. Juni waren wieder am Rande des alten Krankheitsgebietes frische Läsionen hervorgetreten. Auf der anderen Gesichtshälfte war nach zehn Injektionen keine sichtbare Reaktion vorhanden, man konstatierte aber zunächst ein Abblassen und schlieſslich ein völliges Verschwinden der Flecke, worauf sich die Entwicklung „einer weiſslichen narbigen Färbung“ einstellte. Am 22. Juni war noch nichts von einem Rezidiv zu sehen. Die Verfasser geben indessen zu, daſs diese Beobachtung allerdings der Bestätigung durch weitere Erfahrungen bedarf. Ich habe auch mehrere Fälle mit persistierenden alten Flecken nach vergeblicher Anwendung von anderen Methoden mittels Radiums behandelt. Ich applizierte dasselbe in Sitzungen von je 15 Minuten mit schwachen Blenden nur von Aluminium. Die Resultate waren befriedigend. Manche refraktäre Fälle werden auch durch Ionisierung mit Zink oder Kupfer günstig beeinfluſst.

Um zu rekapitulieren: die Absicht, welche mit diesen Agentien erzielt werden soll, ist die Erzeugung eines gewissen Grades von lokaler Reaktion. Deshalb dürfen sie aber auch niemals bei bestehender akuter Entzündung gebraucht werden. Vorderhand gibt es noch keine bestimmten Regeln, nach denen wir uns bei der Wahl des jeweiligen Mittels richten können; das eine Verfahren kann sehr wohl von Erfolg sein, nachdem das andere versagt hat. Unser Handeln muſs sich also mehr oder weniger eben nach der Empirie richten.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter.

Von

Doz. Dr. S. C. Beck.

Vortrag gehalten in der dermatologischen Sektion des XVI. internationalen medizinischen Kongresses in Budapest.

Die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Immunitätslehre und Serologie warfen Licht auf die in- und außerhalb der Zellen sich abspielenden biochemischen Vorgänge, welche die mehr oder minder ausgesprochene Widerstandsfähigkeit des Organismus erklären.

Gewiß spielen auch bei den verschiedensten Erkrankungen der Haut diese Vorgänge eine bedeutende Rolle. Da wir aber über die Ätiologie vieler Hauterkrankungen, bei denen wir klinisch das sichere Vorhandensein einer individuellen Disposition feststellen können, sehr wenig wissen, so wissen wir natürlicherweise auch über die eigentliche Bedeutung und dem Wesen der Disposition bei gewissen Hauterkrankungen sozusagen gar nichts. Eingehende klinische Untersuchungen bezüglich der im Säuglings- und Kindesalter vorkommenden Hautkrankheiten überzeugen uns über die hervorragende Rolle, welche die Disposition beim Auftreten und Verlauf gewisser kindlichen Hauterkrankungen spielt. Es ist ja längst bekannt, daß gewisse allgemeine konstitutionelle Leiden der Kinder einen günstigen Boden bilden für die Entwicklung gewisser Dermatosen. So wissen wir z. B., daß Überernährung und exsudative Diathese zu Ekzemen, Rachitis zu pruriginösen Hautausschlägen prädisponieren. Es gibt aber noch eine ganze Reihe von inneren Krankheiten und darunter auch besonders von akuten Infektionskrankheiten, welche im Säuglings- und Kindesalter die Haut in der Weise beeinflussen, daß dieselbe gegen Reize verschiedenster Art empfindlicher wird. Es entsteht eine erhöhte Disposition, eine intensivere Reaktionsfähigkeit der Haut, die zur Folge hat, daß kurz nach dem Abheilen irgend einer allgemeinen Erkrankung eine Hautkrankheit entsteht. Diese sekundär auftretende Dermatose hat eigentlich mit der vorangegangenen allgemeinen Erkrankung gar nichts zu tun; sie steht nur insofern mit ihr in Zusammenhang, daß durch die vorangegangene Krankheit eine Veränderung der Reaktionsfähigkeit der Haut entstanden ist, derzufolge die Haut anderen Schädigungen gegenüber empfindlicher wird. Nur so können wir uns jene häufig genug vorkommenden Fälle erklären, bei welchen kurz nach dem Überstehen einer akuten Infektions-

krankheit, z. B. Scarlatina oder Morbilli, oder nach überstandenen Impfblattern eine zumeist universell ausgebreitete Dermatose, vom Charakter eines Lichen urticatus, einer Prurigo, nicht selten Ekzem, ja sogar Psoriasis auftritt, Dermatosen, an welchen das betreffende Kind früher nie gelitten hat.

Aus dem Material der letzten vier Jahre meiner Ordination für hautkranke Kinder am Adele Bròdy-Spital sammelte ich mehr als 50 Fälle, welche beweisen, dafs sich verschiedene Hautkrankheiten unmittelbar einer überstandenen Infektionskrankheit anschliefsen. Die ziemlich häufig vorkommenden Fälle von Hauttuberkulose nach Masern habe ich aufser acht gelassen. Die Tatsache, dafs nach überstandenen Masern der Organismus für Tuberkelbazillen aufserordentlich empfindlich wird, ist schon so oft beobachtet und bestätigt worden, dafs keine neuern Beweise mehr nötig sind. Auch die ebenfalls nicht sehr seltenen Fälle von Pyodermitiden, Follikulitiden und Furunkulose nach Typhus und Pneumonie habe ich nicht berücksichtigt. Ich habe bei der Übersicht meines Materials mich hauptsächlich auf die Fälle beschränkt, welche beweisen, dafs die Haut nach akuten Infektionskrankheiten nicht nur für verschiedene Bakterien einen günstigeren Nährboden darbietet, sondern auch eine gesteigerte Disposition zu solchen Veränderungen besitzt, welche durch toxische Substanzen verursacht werden und auch zu solchen, deren Ursache zwar noch nicht geklärt ist, für welche jedoch die Meisten annehmen, dafs sie nicht durch Bakterien, sondern durch Schädigungen anderer Art hervorgerufen werden. Ich habe meine diesbezüglichen Fälle in einer Tabelle zusammengestellt. Besonders interessant ist unser Fall Nr. 10. Es betrifft ein drei Jahre altes Mädchen, das an Schafblattern erkrankte und bei welchem sich nach einigen Tagen an den Stellen der Varicellenbläschen oder rings um denselben kleine schuppende blafsrote Effloreszenzen auftraten. Der Kopf war schon vor seiner Erkrankung an Schafblattern mit einigen kleinen seborrhoischen Krusten bedeckt, am Körper fand sich aber sonst nie irgendeine Hautveränderung. Die Diagnose wurde auf Parakeratosis psoriatiformis gestellt. Der enge Zusammenhang ihres Auftretens mit den vorangegangenen Varicellen ist zweifellos. Es haben sich ja die meisten Effloreszenzen an den Stellen der Schafblatternbläschen gebildet.

Eine andere Reihe von Beobachtungen bezieht sich auf die sogenannten postvaccinalen Hauterscheinungen.

Es ist eine längst bekannte Tatsache, dafs bei manchen Kindern nach der Vaccination verschiedene Ausschläge, Erytheme, Urticaria, Lichen urticatus, oder Ekzeme auftreten, oder dafs sich dieselben, wenn sie schon früher vorhanden waren, bedeutend verschlimmern. Ich habe 30 solche Fälle ebenfalls tabellarisch zusammengestellt. Zumeist sind es in die Gruppe der Erytheme und Urticaria gehörende Läsionen, welche man

nach Vaccination beobachtet, in vier Fällen trat Ekzem auf, einmal Psoriasis an der Impfstelle, die sich rasch verallgemeinerte.

Wie können wir uns nun das Auftreten dieser postvaccinalen sowie jener Ausschläge erklären, welche nach anderen akuten Infektionskrankheiten erscheinen. Die nächstliegende Erklärung wäre anzunehmen, daſs dieselben durch die betreffenden toxischen Substanzen verursacht werden, welche infolge der spezifischen Infektion des Organismus im Blut zirkulieren und in die Haut gelangen. Ich glaube aber, daſs diese Annahme unberechtigt ist. Erstens einmal wissen wir ja, daſs das Scharlach und das Maserngift ganz spezifische Hauterscheinungen hervorrufen, zweitens wird jeder, der Gelegenheit hat, sich in ausgiebiger Weise mit den Hautkrankheiten des Säuglings- und Kindesalters zu beschäftigen, zugeben müssen, daſs grade Lichen urticatus, welchen wir am häufigsten an unseren Kindern beobachten konnten, in der überwiegenden Zahl der Fälle als die Folge von Verdauungs- und Ernährungsstörungen auftritt. Sicher ist auch Lichen urticatus durch toxische Substanzen verursacht, aber nach unseren klinischen Erfahrungen zumeist durch Gifte, welche ihren Ursprung einer pathologischen Darmfäulnis verdanken. Bei kleinen Kindern sind ja diese Zustände äuſserst häufig. Sehr oft sind gar keine klinischen Symptome von Seite des Darmtractus vorhanden, Appetit und Stuhlgang scheinen normal zu sein und doch tritt Lichen urticatus auf, welcher nur dann wieder vorübergeht, wenn ein Nahrungswechsel stattgefunden hat. Ich glaube also, daſs jene Fälle von Lichen urticatus und Erytheme, welche nach akuten Infektionskrankheiten auftreten, ebenfalls Symptome einer Verdauungs- oder Ernährungsstörung sind. Durch die vorangegangene Infektionskrankheit wird nur die Widerstandsfähigkeit der Haut herabgesetzt; die Hautgefäſse reagieren leichter auf jene Gifte, welche im Darmtractus gebildet und von dort resorbiert, in die Blutzirkulation gelangen![1]

Wie schon erwähnt wurde, treten oft auch andere Dermatosen nach akuten Infektionskrankheiten auf, wie z. B. Ekzem oder Psoriasis, die ja auch sicher nichts mit dem Scharlach- oder Maserngift zu tun haben. Hier müssen wir eine angeborene oder erworbene Prädisposition der Haut zu Ekzem oder Psoriasis annehmen, zu welcher sich noch zwei andere

[1] Diese Beobachtung und ihre Erklärung passen in den Rahmen jener Erscheinungen, welche in neuester Zeit als Anaphylaxie bezeichnet werden. Doch habe ich den Ausdruck mit Fleiſs gemieden, weil es sich in diesen Beobachtungen nicht um eine Überempfindlichkeit oder Giftwirkung spezifischer Natur handelt, d. h. um eine Überempfindlichkeit solchen Stoffen gegenüber, mit welchen der Organismus eine gewisse Zeit vorher schon vorbehandelt war, sondern um eine heterogene Überempfindlichkeit, d. h. anderen Stoffen gegenüber (im Darm gebildete Toxine) als diejenigen Stoffe, welche vorher im Organismus zirkulierten (Toxine der akuten Infektionskrankheiten). Neuere experimentelle Forschungen haben tatsächlich gezeigt, daſs auch eine nicht spezifische Anaphylaxie anzunehmen ist.

Nr.	Datum und Protokoll-nummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
1	1906 456	Margarethe M.	3½ Jahre	Prurigo	Scarlatina	Vor einem Jahre an Scharlach erkrankt, gleich nachher Auftreten eines noch jetzt bestehenden juckenden papulösen Ausschlages.
2	1906 1070	Esther B.	8 Jahre	do.	do.	Vor sechs Wochen von Scharlach genesen, seit der Zeit die Streckseiten der Extremitäten mit einem stark juckenden papulösen Ausschlag dicht besät.
3	1907 9. Jan. 120	Rosa T.	1 Jahr	Lichen urticatus (Urticaria papulosa)	Morbilli	Vor drei Monaten Masern, seitdem starkes Jucken; an den Streckseiten der Extremitäten aufgekratzte, mit kleinen Borken versehene Papelchen.
4	1907 25. Jan. 178	Marie St.	3 Jahre	Pruritus	do.	Vor sechs Wochen Masern überstanden, seit der Zeit starkes Jucken am Gesicht und an den Schultern ohne nachweisbaren Primäreffloreszenzen.
5	1907 28. Juni 626	Stephan B.	16 Monate	Lichen urticatus	do.	Vor drei Wochen Masern, seitdem besteht ein juckender papulöser Ausschlag.
6	1907 28. Juni 629	Franz S.	—	Miliaria Lichen urticatus	do.	Vor einigen Wochen gegen Blattern geimpft, kurz nachher Masern, an die sich ein juckender Ausschlag am Rumpf (Miliaria) und Extremitäten angeschlossen hat.
7	1907 16. Okt. 1003	Elisabeth K.	6 Jahre	Lichen urticatus	Scarlatina	Vor zehn Tagen von Scharlach genesen aus dem Spital entlassen. An den Streckseiten der Extremitäten juckende Papeln, am Rücken einige kleine linsengroße Urticariaquaddeln.
8	1907 28. Okt. 1047	Helene M.	2½ Jahre	Prurigo	do.	—
9	1907 21. Dez. 1216	Helene K.	1½ Jahre	do.	Morbilli	Vor zwei Monaten Masern, an die sich eine Knochentuberkulose angeschlossen hat (Spina ventosa digitorum). Gleichzeitiges Auftreten von Otitis media und eines stark juckenden papulösen Ausschlages am ganzen Körper.

N	Datum und Protokoll-nummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
10	1907 17. Dez. 1134	Emma E.	3 Jahre	Parakeratosis psoriasiformis	Varicella	Vor ungefähr drei Wochen Schafblattern. Früher soll die Haut, mit Ausnahme des Kopfes, vollständig gesund gewesen sein. Nur nach Aufschiefsen der Blatternbläschen traten auch noch andere Läsionen am Rumpf, Gesicht und Extremitäten auf, und zwar linsengrofse, mattrosarote, etwas erhabene Effloreszenzen, welche mit feinen kleinen Schuppen bedeckt sind und in ihrer Mitte oft eine stecknadelkopfgrofse Borke besitzen. Letztere sind Reste der eingetrockneten Blatternblasen, um welche sich die oben beschriebenen Hautveränderungen entwickelten. An vielen Stellen treten aber diese Effloreszenzen auch unabhängig von den Blatternbläschen auf. Die behaarte Kopfhaut ist mit Krusten und Schuppen bedeckt, welche auf der Stirn isolierte, den eben beschriebenen Veränderungen ganz ähnliche Effloreszenzen bilden. In der Inguinalgegend fliefsen die einzelnen Effloreszenzen wieder zu ausgebreiteten hell rosaroten fein schuppenden Plaques zusammen.
11	1908 6. Febr. 135	Elisabeth G.	11 Monate	Lichen urticatus	Morbilli	Vor zwei Monaten überstand das Kind die Masern, einige Tage später Auftreten eines juckenden papulösen Ausschlages.
12	1908 16. März 276	Aranka H.	2 Jahre	do.	do.	Im vergangenen Jahre Masern, kurz nachher entwickelte sich der noch heute bestehende juckende Hautausschlag.
13	1908 11. Mai 509	Vilma M.	4 Jahre	Urticaria	do.	Vor sechs Monaten Masern, gleich nachher öfter rezidivierende ausgebreitete Quaddeleruptionen.
14	1908 23. Juni 678	Elisabeth N.	4 Jahre	Lichen urticatus vesiculosus	Morbilli?	Über den ganzen Körper zerstreute linsengrofse, teils mit zentralem Bläschen versehene rote Knötchen. Vor vier Monaten Masern. Leidet an Konstipation.

Nr.	Datum und Protokollnummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
15	1908 3. Juli	Luise K.	2 Jahre	Erythema toxicum	Diphtherie und Impfung	Vor ungefähr zwei Wochen hat das Kind Diphtheritis überstanden. Gleichzeitig traten juckende Papeln und gröfsere bis fünfmarkstückgrofse rote, etwas erhabene Effloreszenzen auf. Nach Einspritzung des Diphtherieantitoxins verblafste der Ausschlag. Vor acht Tagen wurde das Kind geimpft und einige Tage später trat der Ausschlag von neuem auf.
16	1908 24. Sept.	Emerich M.	6 Jahre	Prurigo	Morbilli	Mit 1½ Jahren erkrankte das Kind an Masern, 14 Tage später trat die heute noch bestehende, häufig rezidivierende Hauterkrankung auf.
17	1908 5. Sept.	Paul H.	2 Jahre	Prurigo c. ekzematisatione	do.	Mit sechs Monaten erkrankte das Kind an Masern, kurz nachher trat ein juckender Ausschlag auf. Vor drei Wochen soll das Kind von neuem an Masern erkrankt sein, seitdem trat eine starke Rezidive der früheren Hauterkrankung auf.
18	1909 2. Jan.	Arpad M.	8 Jahre	Psoriasis (Nephritis scarlatin.)	Scarlatina	Vor zwei Jahren erkrankte das Kind an Scharlach und wurde im St. Lászlóspital behandelt. Nach der Entlassung aus dem Spital trat zuerst die Hauterkrankung auf. Früher soll das Kind nie irgend eine Hautveränderung gehabt haben. Vor einem Jahre wurde es gegen Nephritis behandelt. Es findet sich jetzt noch reichlich Eiweifs im Urin. Die typischen Psoriasiseffloreszenzen haben zumeist den Rumpf befallen.
19	1909 25. Jan.	Margarethe D.	2½ Jahre	Pruritus	Scarlatina Morbilli Pertussis	In kurzen Intervallen hat das Kind Scharlach und Masern durchgemacht; gleichzeitig bekam es Keuchhusten, an welchem es noch heute leidet. Das Jucken, ohne besondere anatomische Veränderungen, aufser Kratzeffekten und vereinzelten miliaren Papeln, ist besonders am Halse und auch an den Schultern lokalisiert.

Nr.	Datum und Protokoll-nummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
20	1909 21. Mai	Magdalene W.	3 Jahre	Ekzema papulos.	Morbilli	Vor sieben Wochen Masern. Kurz nachher Krustenbildung an Gesicht und Ohrmuscheln. An den Händen papulöser Ausschlag.
21	1909 5. Juni 665	Karl F.	18 Monate	Lichen urticatus	Scarlatina u. Vaccina	Vor drei Monaten Scharlach, ungefähr sechs Wochen später Beginn des Ausschlages. Vor drei Wochen wurde das Kind geimpft. Die Impfborken sind von einem breiten erythematösen Hof umgeben. Nach dem Impfen wurde der schon früher bestandene papulöse Ausschlag viel intensiver.
22	1906 689	Klara A.	8 Monate	Urticaria	Vaccinatio	Vor drei Wochen geimpft, einige Tage später entwickelten sich überall typische juckende Urticariaquaddeln.
23	1906 945	Aranka F.	3 Monate	Erythema urticatum	do.	Vor zwölf Tagen geimpft; rings um den Pusteln breiter entzündlicher Hof, am Rumpf und Extremitäten sonst zerstreute rote Papeln.
24	1907 15. Juni 575	Elisabeth Cs.	11 Monate	Lichen urticatus et erythema urticatum	do.	Vor 14 Tagen geimpft; seit 3–4 Tagen über die ganze Hautfläche zerstreute, ausgebreitete rote Flecken und kleine rote juckende Papeln.
25	1907 11. Juli 674	Samuel K.	13 Monate	Lichen urticatus Ekthymata	do.	Rhachitische Konstitution. Vor sechs Wochen geimpft, kurz nachher juckender Ausschlag. Am Rumpf zumeist follikuläre Papelchen, an den Extremitäten Kratzeffekte.
26	1907 12. Juli 6 0	Anna E.	13 Monate	Lichen urticatus	do.	Vor zwei Wochen geimpft, seit einem Tage am ganzen Körper stark juckende lebhaft rote Papeln.
27	1907 21. Juli 728	Arpad H.	1 Jahr	do.	do.	Vor zwei Wochen geimpft, einige Tage später traten am unteren Teil des Rumpfes und an den unteren Extremitäten juckende Papeln auf, welche zum Teil durch Kratzen verursachte kleine Borken tragen.
28	1907 3. Sept.	Eugen N.	6 Monate	Erythema urticatum	do.	Vor zehn Tagen geimpft, seit 5–6 Tagen besonders an den Extremitäten zerstreute etwas erhabene rote Flecken.

Nr.	Datum und Protokollnummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
29	1907 7. Sept. 885	Andor L.	8 Monate	Erythema urticatum	Vaccinatio	Vor zehn Tagen geimpft, seit zwei Tagen linsengroſse erhabene lebhaft rote Flecke am Gesicht und am Rumpf.
30	1907 27. Sept.	Marie D.	18 Monate	Lichen urticatus vesicul.	do.	Vor drei Wochen geimpft, seit einem Tage linsenkorngroſse juckende Papeln mit zentralem Bläschen.
31	1908 21. Jan. 62	Olga G.	9 Jahre	Psoriasis	do.	Vor einem Monat geimpft (Revaccinat.); an den Impfstellen entwickelten sich keine Pusteln, sondern ganz typische Psoriasisläsionen, welche nach kurzem eine universelle Ausbreitung fanden. Ähnliche Erkrankung soll in ihrer Familie nie vorgekommen sein. Zur selben Zeit wurde eine 7jährige Schwester mit Erfolg geimpft. (Entwicklung typischer Impfpusteln aus demselben Impfmaterial.) Zurzeit ist der Kopf mit trockenen Borken und Schuppen bedeckt, Stirne, Gesicht mit verschieden groſsen typischen Psoriasisläsionen übersät, nur Kinn und Nase sind frei. Auch am Rumpf ähnliche Läsionen; im mittleren Drittel des linken Unterschenkels eine handtellergroſse juckende Plaque.
32	1908 29. Juni 579	Johann M.	1½ Jahre	Erythema papulat.	do.	Vor zehn Tagen geimpft, seit einem Tage lebhaft roter papulöser Ausschlag an den Extremitäten.
33	1908 5. Juni	Hermine B.	6 Jahre	Ekzema seborrh.	do.	Vor einem Jahre geimpft; rings um die Impfnarben pfennig- bis fünfmarkstückgroſse rote, teilweise exkoriierte oder feinschuppende Läsionen. Am Rumpf vereinzelte gelbliche schuppende Stellen.
34	1908 6. Juni	Julie H.	6 Monate	Lichen urticatus vesicul.	do.	Vor vier Wochen geimpft; seit einigen Tagen juckender Ausschlag an den Armen und Händen, an vielen Stellen mit Bläschenbildung.

Nr.	Datum und Protokoll-nummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
35	1908 13. Juni	Gizella N.	1 Jahr	Lichen urticatus	Vaccinatio	—
36	1908 14. Juni	Helene Sz.	10 Monate	Urticaria	do.	—
37	1908 25. Juni 694	Stephan S.	6 Monate	Ekzema capit. Urticaria extremitatum	do.	Vor 14 Tagen geimpft; seit ungefähr zehn Tagen papulo-krustöses Ekzem am Gesicht und Kopf, typische Urticariaquaddeln an den Streckseiten der Extremitäten.
38	1908 7. Juli 742	Margarethe K.	7 Monate	Erythema	do.	Vor 14 Tagen geimpft; seit drei Tagen pfenniggrofse lebhaft rote kreisrunde Flecken am Rumpf und Extremitäten.
39	1908 7. Juli 743	Marie B.	$1^1/_2$ Jahre	Prurigo	do.	Im Alter von sechs Monaten geimpft; schon seit der Zeit soll das Kind an juckenden Ausschlägen leiden. Zurzeit sind an Rücken und Streckseiten der Extremitäten juckende rote Papeln mit Kratzeffekten zu bemerken.
40	1908 6. Nov. 968	Elisabeth V.	5 Monate	Erythema	do.	Vor acht Tagen geimpft; am Gesicht und an den Unterarmen seit 2—3 Tagen lebhaft rote Flecke.
41	1908 9. Nov. 981	Paul A.	4 Monate	Lichen urticatus	do.	Vor 14 Tagen geimpft; seit zwei Tagen juckender papulöser Ausschlag, an welchem das Kind auch früher schon öfters gelitten haben soll.
42	1908 1087	Josef S.	19 Monate	Ekzema seborrh.	do.	Das Kind wurde vor zwei Monaten geimpft. Zwei der Impfpusteln entwickelten sich normal und trockneten beizeiten ab, vier jedoch nässen noch immer, sind mit dünnen gelben Krusten bedeckt und von einem fein schuppenden breiten rötlichen Hof umgeben. Unter dem rechten Ohrläppchen Rhagaden. Überernährtes Kind.
43	1908 23. Okt. 1123	Elisabeth M.	5 Monate	Lichen urt. trunci. Ekzema faciei	do.	Vor einem Monat geimpft; 14 Tage später entstanden am Körper lebhaft rote isolierte Flecken und Papeln. Am Gesicht rote schuppende Plaques.

Nr.	Datum und Protokoll-nummer	Name	Alter	Diagnose	Unmittelbar vorangegangene Erkrankung	Anamnestische und krankengeschichtliche Bemerkungen
44	1909 26. Mai 625	Margarethe L.	1 Jahr	Erythema	Vaccinatio	Vor 14 Tagen geimpft; seit zwei Tagen papulöser Ausschlag an den Armen und Unterschenkeln. Zur selben Zeit trat auch Diarrhoe auf.
45	1909 30. Mai 637	Lili S.	16 Monate	Erythema univ.	Vaccinatio	Vor zehn Tagen geimpft; am achten Tage nach der Impfung traten in Begleitung von Fieber rote Flecken am ganzen Körper auf. Ungefähr seit derselben Zeit besteht Stuhlverstopfung. Am Gesicht, Stirne und Armen linsengrofse rotbraune Flecken.
46	1909 5. Juni 666	Michael H.	2 Jahre	Lichen urticatus	Vaccinatio	Vor 14 Tagen geimpft; drei Tage nach dem Impfen traten am ganzen Körper kleine rote Papelchen auf.
47	1909 8. Juni 681	Rosa N.	1 Jahr	do.	do.	Vor 17 Tagen geimpft; der vorhandene Ausschlag bestand auch schon früher, hat sich aber nach dem Impfen bedeutend vermehrt und verschlimmert.
48	1909 12. Juni 693	Simon D.	11 Monate	Erythema morbilliforme	do.	Vor zehn Tagen geimpft; seit zwei Tagen rotfleckiger morbilliartiger Ausschlag am ganzen Körper. Die Umgebung der Impfpusteln erscheint stark gerötet, ödematös.
49	1909 14. Juni 698	Margarethe L.	1 Jahr	Erythema	do.	Vor zehn Tagen geimpft; seit zwei Tagen rotfleckiger Ausschlag an den oberen und unteren Extremitäten.
50	1909 15. Juni 704	Alexander P.	17 Monate	Lichen urticatus vesicul.	do.	Vor 14 Tagen geimpft; kurz nachher kleine derbe Papeln, stellenweise mit Bläschenbildung.
51	1909 21. Juni	Elisabeth H.	1 Jahr	Lichen urticatus	do.	Vor 18 Tagen geimpft; seit einigen Tagen kleine rote Papeln am ganzen Körper.

Faktoren gesellen: erstens einmal eine Überempfindlichkeit, eine erhöhte Reaktionsfähigkeit der Haut, welche durch die Infektionskrankheit bewirkt wird, dann jene noch unbekannte Schädigungen äufserer oder innerer Herkunft, welche den Ausbruch des Ekzems respektive der Psoriasis bewirken.

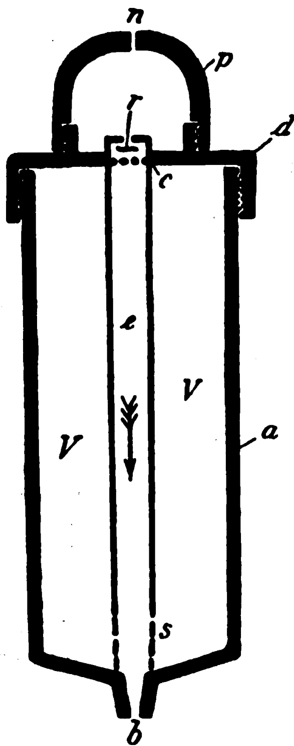
Aus Dr. Dreuws Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Puder-Aërotuba.

Von

Dr. med. Dreuw - Berlin.

Mit 1 Abbildung im Text.



Im Anschlufs an meinen Aufsatz über Aërotuba in Nr. 6, Band 49 *dieser Zeitschrift* erlaube ich mir im folgenden eine Modifikation der Aërotuba speziell zur Verwendung puder- und pulverförmiger Körper anzugeben:

Das Modell besteht aus dem Glascylinder *a*, der unten eine Öffnung *b* hat. Oben ist der Cylinder abgeschlossen durch einen aufschraubbaren Deckel *d*, auf den ein bei *n* perforierter Gummiballon *p* geschraubt werden kann. Der Deckel wird bei *c* durchbohrt von einer im Innern des Cylinders *a* liegenden Röhre *e*, welche bei *r* ein Ventil trägt, das dem Luftstrom nur die Richtung des Pfeiles gestattet. Bei *s* ist die Röhre *e* mit feinen Löchern versehen. Im Innern des Glascylinders *a* befindet sich das Pulver *v*, das nach Abschraubung der Gummikappe *p* sterilisiert werden kann. Die Anwendung der Puder-Aërotuba geschieht in der Weise, dafs man mit dem Daumen auf den Gummiballon *p* einen Druck ausübt, woraufhin der Luftstrom in der Richtung des Pfeiles das in der Umgebung der Löcher liegende Pulver mit sich zieht und das Puder durch die Öffnungen *b* treibt.

Die Vorteile dieser Form der Puderanwendung sind folgende:

1. Bei jedesmaligem Druck auf den Gummiballon wird ein ziemlich gleich grofses Pulverquantum herausgetrieben.
2. Es besteht die Möglichkeit, das Puder zu sterilisieren und während des Gebrauchs annähernd steril zu halten. Versuche nach vierzehntägiger Anwendung der sterilisierten Aërotuba, in dem Puder Keime nachzuweisen, fielen negativ aus. Die Versuche wurden

so angestellt, daſs nach vorsichtigem Erwärmen der Spitze *b* das Zink-Amylumpuder auf in Petrischalen gegossenes Agar gestreut wurde.

3. Bequeme und saubere Handhabung.

Die Puder-Aërotuba wird hergestellt von der Firma H. Windler, Berlin, Friedrichstraſse 133.

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer-Wien.

Sitzung vom 26. Mai 1909.

Winkler demonstriert bei einer Frau mit **Psoriasis**, die schon verschiedentlich allgemein und lokal behandelt wurde, die **lokale katalytische Applikation von Arsen** durch Anwendung einer Arsenlösung an der Kathode. Entschiedene Rückbildung an dem einen behandelten Knie gegenüber der Kontrollseite sprechen für eine spezifische Beeinflussung. Lokal ist dabei keine Hyperpigmentierung, sondern eine geringe Beeinflussung zu bemerken. Eine allgemeine Arsenwirkung kommt wohl nicht in Betracht, da im Urin davon nichts nachzuweisen ist.

Nobl zeigt zunächst als Ergänzung zu den Diskussionsbemerkungen, die er bei den Fällen Ullmanns in der vorigen Sitzung machte, zwei **Moulagen**, und zwar:

1. von einer von ihm auch ausführlich publizierten **Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea** mit typischem Verlaufe und der charakteristischen Ausbreitung und Pigmentation; dazu kommt noch der von allen Autoren übereinstimmend bestätigte Befund der Mastzellenanhäufung im histologischen Bilde, den auch er an allen Stellen antraf.

2. von der **dystrophischen Form von Epidermolysis bullosa** (von Königstein letzthin vorgestellt) mit symmetrisch an den Extremitäten auftretenden Blasen, Pseudomilienbildung nach Abheilung derselben und trophischen Veränderungen an den Phalangen und Nägeln. (Ausführlich besprochen in einer Demonstration der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1906.)

N. demonstriert ferner:

3. ein neunjähriges Mädchen mit einem **Erythema induratum Bazin** in Form zahlreicher haselnuſsgroſser, flacher, brauner, eingezogener Knoten an den unteren Extremitäten mit charakteristischem histologischem Bau. Am Halse starke Drüsenschwellungen.

4. ein siebenjähriges Kind mit fleckenförmigen, heller- bis guldengroſsen, scharf begrenzten, rotbraunen Herden im Gesicht, besonders an den Wangen, die wohl die Erscheinungen der Atrophie zeigen, aber keineswegs typisch für **Lupus erythematosus** sind. Ihre Zugehörigkeit zur **Skrophulotuberkulose** wird noch deutlicher durch ausgedehnte typische ulcerierte und krustöse Herde von Skrophuloderma an den Unterschenkeln, die in ihrer ganzen Länge von solchen Herden und pigmentierten Narben eingenommen sind.

5. bei einem Mädchen, seit drei Monaten aufgetreten um die Mundwinkel, auf die Lippen und das Kinn übergreifend, um die Nase und von der Nasenwurzel auf

die Stirn und die Augenlider sich ausbreitend, kaffeebraune, nur etwas über die Haut elevierte, durchscheinende, leicht gefältelte Infiltrate, die sich am Rande deutlich in einzelne kleine, flache, braune, glänzende Knötchen auflösen; solche singuläre Knötchen sind besonders auf der Stirn zu sehen. Bei Glasdruck sind in der Tiefe deutliche Infiltrate wahrnehmbar. Die Probeexzision ergab ein ganz weiches Gewebe mit dem Bau lymphoider Tuberkel und angehäuften Riesenzellen im histologischen Bild. Das Resultat der Bakterienfärbung und der Impfversuch sind noch nicht bestimmt. Ich möchte Lupus klinisch ausschliefsen und mangels jeder Nekrose und Ulceration ein **multiples benignes Sarkoid Boeck** diagnostizieren, eine Kombinationsform des miliären und diffus infiltrierenden Lupoids.

Diskussion zu den Fällen: Ullmann konnte auch in dem von ihm vorgestellten Fall von Urticaria pigmentosa das von Unna hervorgehobene Charakteristikum der Mastzelleninfiltrate bestätigen, wenn auch das heute eingestellte histologische Präparat durch Chromsäurefixierung des exzidierten Stückes nicht sehr deutlich erscheint. Für die klinische Diagnose Urticaria pigmentosa ist nicht immer das typische Vorhandensein der tumorartigen Knoten und dunklen Pigmentation nötig, sondern wie Jarisch auch ausdrücklich hervorhebt, ist nach der Form der Effloreszenzen und der Intensität der Pigmentierung sehr verschieden und oft sind nur flache, gelblichbräunliche, fleckenförmige Effloreszenzen vorhanden, wie in meinem Falle. Wichtig ist noch die eigenartige Urticaria factitia an den erkrankten und gesunden Hautpartien. Bezüglich der Epidermolysis bullosa ist Nobls besondere Beurteilung dieses Falles, wie schon in einer Diskussion desselben in der Gesellschaft für Kinderheilkunde (Juni 1906) hervorgehoben wurde, nicht gerechtfertigt, da er sich vollständig in die von Hallopeau schon normierte Forme bulleuse et dystrophique der Epidermolysis bullosa hereditaria einreihen läfst. Der letzte Fall des Boeckschen Sarkoids beweist, dafs Langhanssche Riesenzellen nicht für Tuberkulose spezifisch sind; es wäre noch zu fragen, ob in diesem Falle Tuberkulininjektionen versucht wurden.

Ehrmann. Der Fall Ullmanns war sicher keine gewöhnliche Urticaria; dafür spricht auch das histologische Präparat, in dem sich eine dichte Anhäufung grofser Zellen findet, die wahrscheinlich Ehrlichsche Mastzellen sind.

Sachs möchte eher eine Urticaria mit Pigment annehmen, die im histologischen Bilde wohl Mastzellen, aber nicht die der Urticara pigmentosa typischen Mastzellentumoren zeigt.

Nobl und Grosz finden das eingestellte Präparat nicht einwandsfrei, um daraus die Diagnose zu stellen.

Kyrle erinnert im Anschlusse an das von Nobl vorgestellte Sarkoid Boeck an seinen Fall vom vorigen Jahre, der auch als Lupoid vorgestellt, von vielen aber angezweifelt und als noduläres Syphilid aufgefafst wurde. Seit damals, d. i. fast 1½ Jahre, hat sich die Affektion nur wenig geändert, die Farbe wurde mehr gelblichrot und zentral ist beginnende Atrophie wahrzunehmen. Boeck selbst fafste den Fall als typisches Sarkoid auf. Die Impfung auf Meerschweinchen war positiv.

Ehrmann. Die histologischen Bilder von Kyrle zeigen identisch mit denen des Lupus pernio und Sarkoids Riesen- und epitheloide Zellen in Nestern von Bindegewebe scharf begrenzt; hier aber ist ein ganz typischer tuberkulöser Bau zu sehen. Riesenzellen allein gestatten keine bestimmte Diagnose; diesen Fall halte ich daher für eine flache Lupusform.

Kren fand auch in dem von ihm vorgestellten Fall im Gegensatz zu diesem scharf in Alveolen abgegrenzte Herde. Ähnliche sarkoide Formen wie die von Nobl demonstrierten zeigt z. B. ein akuter Nachschub von Lupusknötchen, den der Patient mit einem ausgebreiteten Lupus vulgaris im Gesicht und am Kopf derzeit darbietet,

Kyrle fand in den Präparaten seines Falles nicht stets gleichartige, sondern verschiedene Bilder. Die kleineren und gröfseren Herde von epitheloiden und Riesenzellen liefsen dabei jede entzündliche leukocytäre Randzone vermissen; vielleicht ist das verschiedene Alter der Effloreszenzen an dem verschiedenen Aussehen schuld.

Zumbusch findet schon im klinischen Aussehen der Knötchen eine Erklärung für das verschiedenartige histologische Bild. Die Entzündung ist bei diesen Knötchen ebenso wie bei der Akne teleangiectodes anfangs deutlich zu sehen. Später aber werden die sukkulenten Herde wieder flach und mehr blafsbraunrot.

Weidenfeld fafst das Lupoid als scharfbegrenztes Krankheitsbild auf. Klinisch handelt es sich um distinkte Knötchen von Lichen- bis Fingernagelgröfse, deren Farbe nach Verdrängung der Gefäfse erhalten bleibt. Eine diffuse Infiltration dieser Art habe ich bisher nicht gesehen. Histologisch finden sich oft zahlreiche, oft gar keine Riesenzellen, sondern scharf abgegrenzte Infiltrate mit erweiterten Gefäfsen in der Umgebung; die elastischen Fasern sind nur spärlich erhalten und in der Umgebung zusammengedrängt.

Finger. Die blaue Farbe in diesem Falle ist an derselben Stelle, wo sie auch sonst vorkommt, wie an der Nasenspitze und den Ohren; die gelbe tritt mehr an der Stirn hervor, so dafs sie oft Ähnlichkeit mit der bei Pityriasis versicolor hat. Das klinische und histologische Bild ist nicht immer so ganz verschieden vom Lupus, wie wir es bei einer Patientin sahen, die einen Lupus vulgaris hatte und dann Knötchen an den Ohren bekam, die histologisch ganz den Bau des Sarkoids zeigten.

Nobl weist noch darauf hin, dafs die nicht gut gelungene Moulage bei Beurteilung des vorgestellten Falles nicht Grund eines Einwandes sein könne. Wichtig sei die Akuität des Prozesses, der in so kurzer Zeit zu spezifisch tuberkulösen cutanen Infiltrationsprozessen mit starken entzündlichen Begleiterscheinungen, aber ohne jede regressive Veränderung oder gar Nekrose führte.

Winkler demonstriert eine **Pigmentierung um die Brustwarzen** in Form von schwarzgrauen Verfärbungen nach **Arsacetylinjektionen.**

Fasal zeigt bei einem 46jährigen Buchbinder **exulcerierte gummöse Lymphome,** In der rechten Submaxillargegend faustgrofse, an zwei Stellen oberflächlich exulcerierte, zum Teil gereinigte, derbe Drüsentumoren. Injektion 1904, mehrmals pustulöse Rezidive, die auf Dec. Zittm. zurückgingen. Jetzt auf spezifische Allgemeintherapie und Jod kein Rückgang, so dafs der Verdacht auf Sarkom wahrscheinlich ist; aber auch Röntgenbestrahlung erzielte keine Besserung.

Ehrmann stellt vor:

1. bei einem 28jährigen Spaniolen aus Serajewo am Scheitel und den umgebenden Partien eine **Alopecie** mit Atrophie der Haut, auf der Haare noch vereinzelt oder in zerstreuten Hügelchen gruppiert sind; man sieht an diesen entsprechend den Follikeln stecknadelkopfgrofse, leicht gelbliche, mit silberglänzenden Schüppchen bedeckte Knötchen, nirgends eine Eiterung, so dafs klinisch eine **Folliculitis decalvans** wahrscheinlich ist. Die histologische Untersuchung war nicht möglich. Dieselbe Veränderung soll in gewissen Familien häufig sein.

2. einen Mann mit Veränderungen nach einer **Akne conglobata** in Form erbsenbis hellergrofser, tief eingezogener Narben mit unregelmäfsigen, oft fadenförmigen Falten und Narbensträngen am Kopf und zerstreut an der Brust.

Diskussion: Weidenfeld sah ähnliche narbige Veränderungen nach einer Akne varioliformis mit sekundären Eiterungen. Der erste Fall erscheint ganz ungewöhnlich, wenn es sich nicht um einen Favus handelt, der ja in Bosnien nicht selten ist.

Grünfeld hält den Fall auch für eine **Folliculitis decalvans**, nicht für eine

Pseudopelade. Die Ähnlichkeit mit Favus ist bekannt, doch wurden bisher nie Parasiten gefunden.

Ehrmann. Der Fall ist bisher nie behandelt und bot nie ein Symptom des Favus, dessen atrophische Haut straff ist und ihr normales Relief verliert.

Grünfeld demonstriert:

1. eine 47jährige Frau mit **ulcerierten gummösen Lymphomen** am Halse rechts. Infektion vor $2^1/_2$ Jahren ohne sichtbaren Primäraffekt, bald ein papulo-bullöses Syphilid, Nephritis und schwere Destruktion am Gaumen und Rachen. Trotz konstanter Behandlung mit Hg, Jod und Arsen Entwicklung der Drüsenschwellungen mit Übergreifen auf die Haut und Auftreten dreier serpiginöser, guldengrofser Ulcerationen.

Diskussion: Ullmann sah gummöse Lymphome relativ häufig und hat gerade jetzt zwei in Behandlung.

Nobl sah unter 1500—1800 Luesfällen jährlich in den letzten fünf Jahren nur drei Fälle von gummöser Ulceration der Lymphdrüsen; nur relativ häufiger sind die Inguinaldrüsen beteiligt.

Finger bezeichnet das Vorkommen der Drüsengummen auch als relativ selten; der Verlauf ist meist nicht günstig. Sie rezidivieren oft, reagieren nicht mehr gut auf Hg und Jod, bilden sich zu Lymphosarkomen, die zuweilen auf Arsen zurückgehen, meist aber malign zu Metastasen und letalem Ausgange führen.

2. eine **bullöse Dermatitis** nach Verwendung einer (30%igen) **Jothionsalbe** bei einer 62jährigen Frau mit Tuberculosis verrucosis cutis am Handrücken.

Sachs zeigt einen **Naevus unius lateris** in Form eines 1 cm breiten, aus hanfkorn- bis linsengrofsen, braunen Knötchen zusammengesetzten Streifens an der Beugeseite des linken Oberarmes und längs des vierten linken Interkostalraumes.

Leiner demonstriert:

1. eine **Alopecia congenita circumscripta** bei einem elfjährigen Knaben am Scheitel in Form eines guldengrofsen, ganz glatten, leicht atrophischen Fleckes von normaler Farbe. Er sah sie schon zweimal an der Hinterhauptsfontanelle, Riehl zeigte 1904 einen ähnlichen am Scheitel.

2. eine **disseminierte Folliclis** nach Masern bei einem fünfjährigen Mädchen in Form zahlreicher zerstreuter, stecknadelkopfgrofser, in der Mitte eingesunkener oder eine Kruste tragender Effloreszenzen. Diffuse Bronchitis ohne spezifische Veränderungen an der Lunge; die Pirquetsche Reaktion war positiv. Der Versuch, in exzidierten Stückchen nach Behandlung mit 2—5%iger Antiforminlösung (Uhlenhuth) Bazillen nachzuweisen, war negativ.

Gellis demonstriert bei einer 30jährigen Frau ein **Bromexanthem.**

Lipschütz stellt vor:

1. zwei Fälle von **Lichen scrophulosorum.** Der erste betrifft ein sechsjähriges Mädchen und zeigt ausgebreitet am Stamm zahlreiche runde, blafs- oder lebhafter rote, leicht schuppende Flecken; daneben aber auch im Gesicht, an der Stirn und den Schläfen ähnliche, am Rande sich deutlich in Lichenknötchen auflösende Herde; dieselben sind wohl an diesen Stellen dem seborrhoischen Ekzem sehr ähnlich, zeigen aber den typischen Bau des Lichen scrophulosorum. Tuberkelknötchen mit epitheloiden, Rund- und Riesenzellen. Starke allgemeine und lokale Tuberkulinreaktion, schwache Stichreaktion.

Das zweite Mädchen hat nur zwei umschriebene Herde, neben dem Sternum und am Rücken gelblichrote, elliptische Flecke, in der Mitte flach und abgeheilt, am Rande mit einem feinen Schuppensaum. Auch hier ist die histologische Untersuchung ausschlaggebend. Die Stichreaktion war sehr kräftig, die lokale und Allgemeinreaktion negativ.

Diskussion: WEIDENFELD hält die Affektion bei der zweiten Patientin für einen Herpes tonsurans und glaubt, dafs auch im ersten Fall die Flecken im Gesicht nicht zu dem Bilde des am Stamm ausgebreiteten Lichen scrophulosorum gehören. Fälle von Lichen scrophulosorum im Gesicht sind sehr selten, KAPOSI hat einen Fall beschrieben.

2. eine 63jährige Frau mit einem flachen **Epitheliom** der rechten Wange und einer **Tuberculosis verrucosa** des rechten Mittelfingers.

OPPENHEIM demonstriert einen 26jährigen Mann mit einer **Cutis capitis gyrata** in Form einer wulstartigen, flachen Anschwellung der Haut an der linken Kopfhälfte; die Wülste sind ähnlich den Hirnwindungen durch Furchen getrennt, ihre Haut normal, leicht faltbar und lassen sich auch leicht ausgleichen. Es handelt sich um den von JADASSOHN beschriebenen Prozefs der Cutis verticis gyrata mit halbseitiger Lokalisation, welche die Auffassung dieser angeborenen Anomalie als Naevus nur unterstützt.

WINKLER zeigt eine Patientin mit **Lupus tumidus**, die mittels **elektrolytischer Einführung von Tuberkulin** behandelt wurde. Die Einführung des Tuberkulin, das im Strome nach der Kathode zu wandert, erfolgt daher von der Anode aus. Die Therapie erfolgt ohne Fieber; in diesem Falle nach acht Sitzungen Rückbildung der Knötchen. Die restierende Rötung wurde durch eine Chinin-Jodbehandlung günstig beeinflufst.

SCHERBER demonstriert:

1. einen **Lupus vulgaris disseminatus** an der Haut des vom unteren Drittel an stark elephantiastisch verdickten Unterschenkels und Fufsrückens; in der Fufssohle ein Lupus verrucosus mit starker Hyperkeratose.

2. ein siebenjähriges Mädchen mit einem ausgebreiteten, aber prägnant typischen **Lichen scrophulosorum** am ganzen Stamm. Gleiche, scharfbegrenzte, aus dichtstehenden, kleinen, hellbraunen Knötchen sich zusammensetzende, also ganz typische Herde von Lichen scrophulosorum erstrecken sich auch auf den Hals, die Wangen Stirn und den Nasenrücken. Daneben deutlich verschieden ein durch die Rhinitis und Conjunctivitis scrophulosorum hervorgerufenes Ekzem. Auffallend ist aber auch ein Herd von Lichen scrophulosorum am Genitale, der Aufsenseite der grofsen Schamlippen, an deren Innenfläche sich aus kleinen weifsen Knötchen hervorgehend nekrotisch belegte, aphtöse Ulcera bildeten.

3. einen **Lichen scrophulosorum** bei einer 30jährigen Frau mit Lymphomata colli und Tuberculosis pulmonum.

4. einen **Lichen lueticus.**

5. einen 16jährigen Mann mit **Xeroderma pigmentosum** an allen dem Lichte ausgesetzten Stellen, an Händen, Füfsen, am Halse und der obersten Sternalgegend und besonders im Gesicht und an den Ohren. Die Haut zeigt daselbst die typischen Veränderungen, ephelidenartige Pigmentationen, Teleangiektasien und Atrophie, im Gesicht auch ulcerierte Tumoren. Dabei beiderseitiges, fast totales **Symblepharon,** entstanden durch narbige Schrumpfung der entzündeten, erodierten und ulcerierten Konjunktiven. Die Erkrankung besteht bei dem Patienten und einem zweiten Bruder seit Kindheit, drei andere Brüder sind gesund.

Diskussion: FINGER hebt den entzündlichen Beginn des Xeroderma mit Erythemen besonders hervor, weil in der letzten Zeit die Neigung besteht, dasselbe mehr als angeborene Mifsbildung zu betrachten.

WEIDENFELD. Gegenüber UNNA, der den genetischen Einflufs des Sonnenlichtes zur Erklärung des Xeroderma heranzog, hob KAPOSI immer hervor, dafs die Affektion auch an den bekleideten Stellen, am ganzen Körper auftrete; denselben Standpunkt vertrat PICK, der daher die Bezeichnung Melanosis universalis progressiva wählte. Dafs in den Fällen FINGERS u. a. auch Erytheme sich fanden, ist erklärlich, weil die

empfindliche Haut dieser Kranken leichter zu Erythemen neigt, ohne dafs diese ätiologisch in Betracht kommen. Es gibt ja xerodermaähnliche Zustände, die sich in späterem Lebensalter entwickeln, wie UNNAS Matrosenhaut, aber diese sind nicht identisch mit dem Xeroderma pigmentosum, das von früher Kindheit sich entwickelt.

FINGER. Die Beobachtungen, dafs das Xeroderma pigmentosum auch an Stellen auftritt, die nicht dem Lichte ausgesetzt sind, sind nur mit Vorbehalt aufzunehmen, denn urspünglich ist der Beginn gewifs nur an unbedeckten Stellen, erst später erfolgt die Ausbreitung auch auf bedeckte. Auch experimentell konnten bei einem xerodermakranken Kinde von Löw mit Blaulicht diese Veränderungen, erst Erytheme, dann ephelidenartige Pigmentationen, ähnlich wie von EHRMANN bei der Hydroa erzeugt werden. Gewifs ist eine spezielle angeborene, vielleicht auch hereditäre Disposition zum Auftreten der Affektion nötig, aber sie kommt doch nur durch die schädigende Lichtwirkung zustande, ähnlich den artefiziellen Dermatosen bei Tieren (Buchweizen- und Wickenkrankheit).

WEIDENFELD. Xerodermaähnliche Veränderungen finden sich auch nach Röntgenbestrahlungen; doch ist es gewifs kein identischer Krankheitsprozefs. Beim Xeroderma handelt es sich um eine von Kindheit an bestehende Anomalie der Haut, an deren Veränderung allerdings eine Schädigung, wie die Einwirkung des Lichtes, hinzutreten mag. Doch finden sich sicher xerodermatische Veränderungen auch an der Zunge und dem Gaumen, die ja der Lichtwirkung nicht ausgesetzt sind.

EHRMANN. Man mufs die Fälle schon in der ersten Entstehungszeit untersuchen, um die Veränderungen genau zu beurteilen; denn schon die flachen, schuppenden Flecken zeigen den deutlichen Ansatz zum basocellulären Carcinom. Wie sehr aber die Lichtwirkung hier in Betracht kommt, lehrt ein Fall, in dem durch die Verordnung roter Schleier, Schirme und Kleider ein langsames Fortschreiten, ja eine Rückbildung der Erscheinungen beobachtet wurde.

Sitzung vom 18. Juni 1909.

RUSCH stellt vor:

1. den von GROSZ seinerzeit in der Gesellschaft der Ärzte als Lymphosarkom demonstrierten Kranken, der neben Drüsentumoren vornehmlich am Halse, im Mediastinum, kleineren in inguine und den Ellenbeugen eine Reihe von Hautveränderungen aufweist. Einerseits universelle, urticariell-erythemartige, mehr oder weniger flüchtige Veränderungen, andererseits vornehmlich in den Seitenteilen des Thorax kleinere und gröfsere lichenoide Knoten, und zwar neben sehr oberflächlich gelegenen, zu Gruppen zusammengedrängt stehenden, kaum stecknadelkopfgrofsen und bis tief dunkelbraun pigmentierten Knötchen auch gröfsere, zerstreut stehende, die in den tieferen Cutisschichten ihren Ausgangspunkt nehmen und mit Vorliebe auf vorher erythemartig geröteten Stellen zur Entwicklung kommen. Das klinische Bild entspricht nach seinem bisherigen Verlaufe einer **Lymphosarcomatosis cutis** mit zum Teil flüchtigen, zum Teil persistenten Hauterscheinungen. Überraschenderweise zeigte die histologische Untersuchung der Knötchen und Knoten Tumoren, die sich aus **endothelartigen**, grofsen Zellen zusammensetzten und in den erweiterten Lymphgefäfsen fortwucherten. Über die definitive Deutung des Krankheitsbildes soll noch berichtet werden. (Inzwischen erfolgte durch die Nekropsie eine Sicherstellung des genannten pathologischen Befundes.)

2. einen 38jährigen Mann mit einer Sarkokele bei der Testikel, allgemeiner Drüsenschwellung und einem aus heller- bis kronengrofsen, hellroten, erythemartigen, nicht schuppenden Flecken zusammengesetzten Exanthem an den Streck- und Beugeseiten aller Extremitäten, das seit zwei Jahren unverändert bestand. Lues negiert, WASSERMANNsche Reaktion positiv; vor vier Jahren wurde der Patient angeblich wegen

progressiver Paralyse anderweitig behandelt. Die histologische Untersuchung eines solchen erythemartigen Fleckes zeigte das präzise Bild der **idiopathischen Hautatrophie,** relative Verdickung der Hornschicht, beträchtliche Atrophie des Rete und Papillarkörpers und aus Rund- und Spindelzellen bestehende perivaskuläre Infiltrate im oberen Gefäßsplexus; daneben diffuse Zellinfiltrate im Bindegewebe und rarefizierende Atrophie des elastischen Gewebes. Klinisch tritt diese Atrophie in keiner Weise hervor.

Auf eine merkurielle Behandlung schwand mit der Testikelschwellung gleichzeitig auch das Erythem vollständig mit Hinterlassung rostbrauner Pigmentierungen. Dadurch und durch die eigentümliche Anordnung unterscheidet sich diese Affektion deutlich von der Erythrodermie pityriasique en plaques disseminée Brocq, mit der sie sonst die gröfste Ähnlichkeit besitzt, und scheint daher auch eine Sonderstellung gegenüber allen beschriebenen ähnlichen Krankheitsbildern einzunehmen.

Diskussion: Grosz hält die Affektion nicht für eine eigentliche Atrophie, sondern für fleckenförmige atrophische Veränderungen nach Lues mit Elastikaausfall ähnlich wie in einem von ihm im Winter vorgestellten Fall. Auch in der französischen Literatur sind Fälle publiziert. Hier sind nur die atrophierenden Infiltrate gröfser. Grosz sah ähnliche ausgedehnte Atrophien bei einem Mann, der an spezifischer Pankreatitis zugrunde ging.

Ehrmann. Die Atrophie nach Lues zeigt meist einen anderen Beginn, starke papulöse Exantheme, deren Plasmom entsprechend die elastischen Fasern schwinden; sind dabei reichlich Riesenzellen vorhanden, so erfolgt deutliche Atrophie. So lange bestehende, flach schuppende Formen bei Lues sind selten.

Nobl sah solche Veränderungen nie in der Frühperiode, sondern bei den Spätformen der Tubercula cutanea.

Volk hat eine Reihe von Atrophieformen bei Lues beobachtet und histologisch untersucht; er sah sie bei makulösen und papulösen Exanthemen. Nach spezifischer Therapie kann die Atrophie ganz vergehen oder auch weiter bestehen.

Leiner stellt vor:

1. eine **Dermatitis arteficialis** bei einem Mädchen an den unteren Extremitäten, hervorgerufen durch einen Brei aus Essig und Brot.

2. ein 15 Monate altes Kind mit **Lichen scrophulosorum,** seit fünf Monaten bestehend. Die Mutter starb an florider Tuberkulose.

3. Bei dem letzthin vorgestellten Fall von akuter Aussaat von Folliklis konnten mikroskopisch keine Bazillen nachgewiesen werden; doch der Tierversuch war positiv, die subcutane Impfung unter die Bauchhaut ergab ein käsiges Infiltrat von Bazillen und Muchschen Granulationen in annähernd gleichem Verhältnis. Das Kind ist jetzt an einer **Meningitis tuberculosa** erkrankt.

Fasal demonstriert bei einer 46jährigen Frau ein ausgedehntes **Xanthoma palpebrarum** an beiden oberen und unteren Augenlidern in Form flacher, wulstförmiger Einlagerungen und einzelner, über erbsengrofser Knoten. Die dabei an der rechten Nasenhälfte bestehende Auftreibung ist wohl auf ein Osteosarkom zurückzuführen.

Ullmann zeigt:

1. eine **Mykosis flexurarum** in Form eines guldengrofsen, kreisförmigen, schuppenden Herdes am rechten Unterschenkel und einem Lichen chronicus Vidal an der Wade.

Diskussion: Ehrmann würde ersteres als Ekzema seborrhoicum annulare und das andere als Ekzema chronicum hyperkeratosum bezeichnen, wie es bei Leuten mit stehender Beschäftigung vorkommt.

2. am ganzen Körper erythematöse, zum Teil konfluierende Flecken, in grofsen

Kreisen in den Achseln, vielfach mit urticariell eleviertem, rotem, schuppendem Rande; in den Schuppen sind einzelne Pilzzellen, aber keine Mycelien vorhanden. Es gibt Übergänge von den mykotischen Affektionen zur **Pityriasis rosea**, die ja noch nicht genau eingereiht ist, aber doch in diese Gruppe fallen dürfte.

3. einen Mann mit einer **Tuberculosis verrucosa ad anum** im Anschlusse an eine Fistel. An den Ohrläppchen und an beiden Armen finden sich erbsengroſse, subcutane Tumoren, wahrscheinlich Verkalkungen, an den Armen im Anschlusse an Venenentzündungen.

Nobl demonstriert einen Fall von mehr allgemeinem historischen Interesse, die Folgen der sogenannten exanthematischen Therapie, des **Baunscheidtismus**, von einem Naturarzt in Königsberg empfohlen. Am ganzen Stamm, in kronengroſsen Herden angeordnet, Gruppen punktförmiger brauner Pigmentationen. Zur Beseitigung innerer Leiden, rheumatischer Schmerzen werden Gruppen von Stichelungen mit einem nach Art der blutigen Schröpfköpfe konstruierten Apparat gesetzt und dann durch Einreiben von Krotonöl zur Pustulation gebracht, in deren Folge die vorhandenen Residuen entstanden.

Weidenfeld zeigt einen 62jährigen Mann mit **multiplen Angiomen** in Form erbsen- bis walnuſsgroſser Tumoren am ganzen Stamm zerstreut.

Diskussion: Ullmann erinnert an den von ihm beschriebenen Fall mit Angiomen, die auch im Gesicht und an der Schleimhaut des Mundes, der Zunge und des Kehlkopfes neben Pigmentationen und weichen Naevi aufgetreten waren.

Lipschütz demonstriert:

1. bei einem 16jährigen Mädchen ein **eigenartiges Anschwellen der Mammilen** bei entsprechender Aufmerksamkeit; bei gleichzeitiger Abflachung der Papillen wölben sich die Brustwarzen vor, als ob sie mit der Bierschen Saugglocke emporgehoben wären. Es dürfte sich nicht um einen durch die Gefäſse beeinfluſsten Schwellkörper handeln, da sich die Haut normal anfühlt, sondern um besonders starke Ausbildung der radiären Fasern des Musculus subareolaris.

2. einen **Lichen chronicus Vidal**, entsprechend dem Verlaufe des Nervus tibialis posticus linear angeordnet.

Scherber stellt vor:

1. eine Frau mit einem **Erythema iris toxicum** an der linken Wange. In der Mitte ein guldengroſser, blasser, leicht feinschuppender Herd, umgeben konzentrisch von einem flachhandgroſsen, blauvioletten Ring. Die Affektion trat drei Tage nach dem Einnehmen von **Aspirin** auf.

Diskussion: Ehrmann findet diese Form ähnlich dem Erysipeloid Rosenberg, das wohl in der Regel nicht im Gesicht vorkommt.

Weidenfeld würde der Diagnose Scherbers schon wegen des peripheren exsudativen bläschenartigen Walles beipflichten; das Erythema toxicum medicinicum tritt, ob isoliert oder generalisiert, meist nicht sofort, sondern erst nach mehreren Tagen auf.

Schramek zeigt ein 25jähriges Mädchen mit einem typischen **Morbus Recklinghausen**. Neben den zahlreichen kleinen, weichen Geschwülsten auch viele Pigmentationen und leichte geistige Störungen.

Ehrmann stellt eine 23jährige Frau vor, die im Gesicht einen typischen **Lupus erythematodes**, der histologisch einen typischen Tuberkelbau mit Riesenzellen aufwies. Nach der Behandlung mit der Quarzlampe Rückgang der Erscheinungen. Es gibt sicher Übergänge vom Lupus erythematosus zum Lupus vulgaris, so daſs wir strengstens nur dann von Lupus erythematodes sprechen könnten, wenn histologisch kein Tuberkelbau vorliegt, wenn die Tierimpfung und die Tuberkulinreaktion negativ sind.

Diskussion: Kyrle machte diesbezüglich einen zufälligen Befund. Er unter-

suchte in einem histologischen Kurs ein früher exzidiertes Stück eines Lupus erythematosus, das immer dasselbe typische Bild gezeigt hatte, und fand nun auf einmal ganz verschiedene Herde von epitheloiden und Riesenzellen.

Ullmann weist diesbezüglich auf sein letztes Resumé hin, in welchem er solche Fälle erwähnte. Auch Lang hat kombinierte Fälle gesehen.

Pachner demonstriert einen **Favus** mit Skutulabildung am Scrotum.

Lipschütz hält einen Vortrag über seine Studien zur Ätiologie des **Molluscum contagiosum.**

Dieselben reichen über zwei Jahre zurück und betreffen eine Reihe von 24 Fällen. Dieselben ergaben alle ein einheitliches Resultat mit einem typischen, bakteriologischen Befund, einem mikroskopisch sichtbaren, filtrierbaren Krankheitserreger. 1898 haben Nocard und Roux im Institut Pasteur bei der Peripneumonie der Rinder nachgewiesen, daſs deren Virus das Berkefeld- und Chamberland-Filter passiert, aber doch visibel und übertragbar sei; ja es konnte in Reinkulturen erhalten und weitergeimpft werden.

Ähnliche Verhältnisse bestehen auch nach Borrels und meinen Untersuchungen beim Epithelioma contagiosum der Tauben und Hühner.

Beim Molluscum contagiosum des Menschen haben frühere Untersuchungen von Benda, Neisser u. a. wichtige Aufschlüsse gegeben, aber keinen einheitlichen typischen bakteriologischen Befund. Juliusberg konnte 1905 nachweisen, daſs das Virus des Molluscum die Chamberland-Kerze passiere, mit dem Filtrat konnte Haftung des Virus und Erzeugung typischer Mollusca erzielt werden. Ich legte mir daher die Frage vor, ob man trotz der bisherigen, vergeblichen Versuche auf Grund der neueren Methoden nicht doch einen positiven mikroskopischen Befund erzielen könne; es muſste nur an Stelle der histologischen mehr die bakteriologische Untersuchung im nativen und gefärbten Ausstrichpräparat treten. Und tatsächlich wurde der Befund des ersten Falles immer wieder bestätigt. Die Technik der Untersuchung ist einfach. Von dem exzidierten oder exprimierten Molluscum werden von einer durch Verreiben mit Wasser hergestellten Emulsion Ausstrichpräparate oder auch direkt Abklatschpräparate gemacht und mittels der Löfflerschen Geiſselfärbungsmethode oder der Giemsa-Färbung gefärbt. Man sieht dann auſserordentlich zahlreiche kleine, rundliche, scharf konturierte Körperchen mit einem Durchmesser von 0,2—0,25 μ, einzeln oder in Diplo- und kurzen Kettenformen. Zu den Molluscumkörperchen weisen sie keine bestimmten Beziehungen auf. Sicher sind es keine Farbniederschläge. Trotzdem sie in Alkohol und Äther unlöslich sind, gelang es nicht, Lipoide nachzuweisen. Die Kultur dieses Virus ist bisher nicht gelungen.

Es reiht sich daher das Virus des Molluscum contagiosum dem der Peripneumonie und Taubenpocke an; man findet bei allen bakteriendichte Filter passierende, jedoch mikroskopisch sichtbare, nach Giemsa und Löffler sich wohl färbende Körperchen, die in den Zellen, in welche sie eindringen, spezifische Reaktionsprodukte erzeugen. Die von Halberstädter und Prowazek kürzlich beschriebenen Körnchen in den Einschlüssen der Konjunktivalzellen schlieſsen sich ihnen an, wenn das Trachomvirus andererseits auch im Filter zurückgehalten wird.

Wenn auch diese Körperchen nicht mit absoluter Sicherheit als Virus des Molluscum contagiosum des Menschen angesprochen werden können — es fehlt zum vollständigen Beweise die Kultur und deren Inokulation —, so läſst doch ihr nahes Verhältnis zu den Befunden bei den tierischen Krankheiten einen ziemlich sicheren ätiologischen Schluſs zu.

Diskussion: Scherber hat die Befunde von Lipschütz nachgeprüft und immer bestätigt gefunden.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 97, Heft 2 u. 3.

1. **Über experimentell erzeugtes Pigment bei Vitiligo,** von Robert Stein-Bern. Vitiliginöse Stellen können sowohl durch aktinische (Quecksilberquarzlampe) als auch thermische (Kohlensäureschnee-Erfrierung) Traumen zur Pigmentbildung angeregt werden. Dieses Pigment tritt in Form disseminierter, unregelmäfsig begrenzter Flecke auf, verschwindet aber nach einiger Zeit wieder. Histologisch liegt es intra- und extracellulär und stimmt morphologisch im wesentlichen mit dem normalen Hautpigmente überein. Dieses Pigment gibt keine Eisenreaktion, wohl aber die Reaktionen des Melanin.

2. **Zur Kasuistik der visceralen Syphilis, Gumma cardiae,** von Carl Cronquist-Malmö. Ein männlicher Patient mit Oesophagusstenose und allen klinischen Symptomen eines Carcinoms der Cardia mufs als inoperabel von einer Operation abstehen. Trotzdem alle anamnestischen Erhebungen bezüglich Lues negativ waren, wird er auf Grund der Angabe, dafs er vor mehreren Jahren ein „Nervenleiden" mit „Einreibungen" besser geworden sei, einer Hg-Kur unterworfen mit dem Resultate, dafs alle Erscheinungen sich besserten.

3. **Experimenteller Beitrag zur psychischen Urticaria,** von C. Kreibich und P. Sobotka-Prag. Ein 28jähriger Mann bekommt auf psychische Affekte Urticaria, auch nach experimenteller Auslösung der Affekte und in Gegenwart des beobachtenden Arztes. Daraus geht hervor, dafs jener psychische Affekt, welcher bei normaler Innervation als afferenter Reiz Zorn- oder Schamröte auslöst, nicht blofs zu Hyperämie, sondern auch zu vasomotorischem Ödem führt. „Die Verschiedenheit des Effektes liegt nicht in der verschiedenen Intensität des psychischen afferenten Reizes begründet, sondern erklärt sich am einfachsten durch die gesteigerte Labilität des vasomotorischen Reflexbogens."

4. **Über eine Lichen scrophulosorum-Eruption nach Tuberkulinimpfung,** von Roman v. Leszczynski-Lemberg. Ein 15jähriger Knabe mit Lupus vulgaris und Lichen scrophulosorum bekommt auf Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet um die Impfpapel herum einen auffallend regelmäfsigen Ring von Lichen scrophulosorum-Knötchen, und zwar auf einer früher unveränderten Haut. „Es liegt darin ein neuer Beweis, dafs Lichen scrophulosorum zur Gruppe der Tbc-Erkrankungen der Haut gehört."

5. **Darier'sche Erkrankung in drei Generationen,** von A. Pöhlmann-Frankfurt am Main. Sehr interessante Kasuistik: Vater, Sohn und zwei Töchter, sowie der Sohn der einen, zeigen die typischen Zeichen der Erkrankung, allerdings in sehr verschiedenem Grade der Ausdehnung. In zweien dieser Fälle wurde mit gutem Erfolge die von Herxheimer 1899 angegebene Thermokauterisation als therapeutisches Mittel verwendet.

6. **Zum Leucoderma syphiliticum,** von Hans Vörner-Leipzig. Verfasser hat zwei Fälle beobachtet, in denen eine spezifische Hyperpigmentation auftrat, eine Braunfärbung bestimmter Stellen der Körperoberfläche, in denen nunmehr erst helle punktförmige Stellen sichtbar wurden, die sich nach und nach zu gröfseren pigmentlosen Stellen entwickelten. „Das Leucoderma syphiliticum ist offenbar durch einen

eigenartigen Zustand der Haut bedingt. Derselbe besteht in einem beschränkten Fassungsvermögen für Pigment zunächst an punktförmigen, später an (unter Einhaltung einer rundlichen Kontur) sich vergröſsernden Stellen. Ist dasselbe geringer als das der normalen Haut, so tritt das Leucoderma als eine mehr oder minder ausgesprochene vitiligoähnliche Depigmentation auf (Typus NEISSER). Ist dagegen das Pigmentfassungsvermögen identisch mit demjenigen der normalen Haut, so bleibt das Leucoderma unsichtbar bezw. latent. Es tritt nur dann in Erscheinung, wenn eine Pigmentierung hinzutritt (Typus der mitgeteilten Fälle)."

7. **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf das Hautgewebe,** von G. GUYOT-Bologna. Experimente an Mäusen und histologische Befunde, die in allen Einzelheiten genau wiedergegeben werden. Scharfe Trennung der bei mäſsigen und starken Bestrahlungen auftretenden Veränderungen der einzelnen Schichten der Haut. Details müssen von Interessenten in der Arbeit selbst nachgelesen werden.

8. **Über die jodophile Substanz bei dermatologischen Affektionen,** von G. STÜMPKE-Kiel. Während der Autor in einer früheren Arbeit, die in der *Berl. klin. Wochenschr.* erschienen ist und auf die verschiedentlich zur Ergänzung verwiesen wird, in der Hauptsache die leukocytären Elemente auf jodophile Substanz untersuchte, hat er jetzt die fixen Gewebsbestandteile in Schnitten eingehend untersucht, und dabei die Befunde bei einer Reihe der verschiedensten Erkrankungen verglichen. Nach ihm sind die drei wichtigsten Vorbedingungen zur Entstehung der Jodophilie: eine gewisse Unabhängigkeit von der Blutzirkulation, eine gewisse Schnelligkeit der einsetzenden schädigenden Ursache und drittens das Vorhandensein ziemlich hochgradiger Gewebsalterationen. Dabei scheint die Entzündung im Verein mit Neubildung eine gewisse Rolle zu spielen, weswegen der Verfasser das Vorhandensein der jodophilen Substanz als Ausdruck erhöhter vitaler Zelltätigkeit ansieht.

9. **Die Jodtherapie in ihren Beziehungen zur quantitativen Jodausscheidung,** von RICHARD FISCHEL - Bad Hall. Untersuchungen über Ausscheidungsdauer, Gesamtausscheidung, Jodausscheidung in der Zeiteinheit, Retention des Jods und Beziehung der quantitativen Jodausscheidung zu den Nebenwirkungen bei einer Reihe verschiedener Jodpräparate. Verfasser kommt zu dem Schlusse, daſs Jodkalium am schnellsten wirkt, dagegen Jodeiweiſspräparate und Jodfette langsam, während die bessere Verträglichkeit der letzteren vielfach nur den zur Verwendung kommenden kleineren Dosen entspricht. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 12.

Über Pitral, ein farbloses Präparat aus Nadelholzteer, von MAX JOSEPH-Berlin. J. steht auf dem Standpunkt, daſs nicht nur die verschiedenen Teerarten eine verschiedene spezifische Wirkung haben, sondern auch die daraus hergestellten Präparate, mit denen die chemische Groſsindustrie seit einer Reihe von Jahren uns in überreichlichem Maſse beglückt. Er glaubt, daſs wir mit der Zeit in der Lage sein werden, für die einzelnen Präparate ganz bestimmte Indikationen aufzustellen. So hat er jetzt wieder mit einem aus dem Dresdner Chemischen Laboratorium Lingner stammenden neuen farblosen Teerpräparate Pitral eine Reihe Versuche angestellt und kommt zu dem Schlusse, daſs „Pitral die spezifische Heilwirkung des Nadelholzteers in vollem Maſse besitzt, während die unangenehmen Begleiterscheinungen vollkommen fehlen". *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

September 1909.

Ein weiterer Beitrag zum Studium der Endothrix trichophyton-Flora in London, illustriert durch eine Sammlung von Reinkulturen und Photographien, von T. Colcott Fox. F. hatte Gelegenheit, unter den ringwurmkranken Kindern Londons, für welche eine spezielle Schule im Jahre 1901 errichtet wurde, eine Anzahl (639) Fälle zu beobachten, bei welchen Endothrix trichophyton konstatiert wurde. Der Prozentsatz dieser Fälle betrug im Durchschnitt von 1903 bis Ende Sept. 1908 14—15%, während Sabouraud in Paris 66,6% auf Trichophyton- und 33,3% auf Mikrosporon-Ringwurm fand. Endothrix trychophyton-Ringwurm ist, wenn nicht schon durch irgend eine Behandlung verändert, klinisch leicht erkennbar: am behaarten Kopfe leicht schuppende Flecken mit erkrankten Haarstumpen, untermischt mit gesunden, der Infektion entgangenen Haaren; die erkrankten Haarreste an diesen Stellen können einzeln oder in Gruppen von zwei bis drei bis zu einem Dutzend oder mehr vorhanden sein und bei Kindern mit langen Haaren entgeht die Erkrankung oft der Aufmerksamkeit, speziell in leichten Fällen, oder wird als geringgradige Pityriasis angesehen. Die erkrankten Haare sind häufig mehr oder weniger hyperpigmentiert; es gibt aber auch Fälle ohne solche Pigmentierung, speziell wo ein ausgedehnter Herd vorhanden ist, und dann ist die klinische Differentialdiagnose von Mikrosporon-Ringwurm eine sehr schwierige. Das schwarzgetüpfelte Aussehen der erkrankten Stellen hat übrigens dieser Form von Ringwurm den Namen „Schwarzgetüpfelter Ringwurm" gegeben. F. hat systematisch jeden Fall von Ringwurm unter dem Mikroskop untersucht und fand Endothrix trichophyton ausgesprochen im Haar lokalisiert (nach dem Invasionsstadium). Was die Reinkultur des Pilzes betrifft, so stimmten die Beobachtungen von Fox mit jenen von Sabouraud überein, indem in 38% der Fälle die crêmefarbige oder weifse Kraterform (Trichophyton crateriforme Sabourauds), in 26% eine graugelbe, in 21% eine primelähnliche Färbung und in 15% eine violette Färbung der Reinkultur (in Maltose) zu konstatieren war; letztere und die erstgenannte Wachstumsform des Endothrixpilzes geben besonders charakteristische Bilder. Bei Ringwurm der Barthaare, den F. etwa ein dutzendmal in London konstatierte, fand er immer das Trichophyton violaceum; selbst wenn der Bart rasiert ist, seien die kleinen Flecke mit den schwarzen Pünktchen von einem erfahrenen Beobachter leicht zu erkennen. Was die Entstehungsart der Endothrixformen betrifft, so kommt der Pilz wahrscheinlich als Saprophyt in der Natur vor, wiewohl er auch bei verschiedenen Tieren konstatiert wurde. In den von F. beobachteten Fällen schien es sich um Übertragung von Kind auf Kind gehandelt zu haben, immerhin mufs aber, wie F. schliefst, der Pilz irgendwie von aufsen seinen Ursprung gehabt haben.

Die Methode, die Spirochaeta pallida durch die Dunkelfeldbeleuchtung zu demonstrieren, von J. E. R. Mc Donagh. Der hängende Tropfen sowie die Giemsa-Färbung dünken Mc D. recht unbefriedigende Mittel zur Demonstration der Spirochaeta pallida zu sein und er empfiehlt als den einfachsten, kürzesten und gleichzeitig die befriedigendsten Resultate gebenden Weg die Dunkelfeldbeleuchtung, deren Prinzip darin besteht, die zentralen Strahlen abzuhalten und mittels eines plankonvexen Glases, dessen Krümmung ein genaues Rotationsparaboloid darstellt, die Randstrahlen auf die Oberfläche des Deckglases zu reflektieren. Es sind zu diesem Zwecke zwei neue Instrumente: Reicherts Spiegelkondensor und der Zeisssche Paraboloidalkondensor, welche beide relativ billig und leicht zu handhaben sind, konstruiert worden. Als Beleuchtungsquelle können direktes Sonnenlicht, irgendeine Form von

Bogenlampen oder zwei Nernstlampen dienen. Die Spirochaeta pallida erscheint im Gesichtsfeld stets als weifses, korkzieherförmiges Gebilde, während die anderen Spirochäten, wie refringens, buccalis usw. oft eine gelbliche oder rötliche Tingierung haben und auch viel dicker erscheinen; wenn ferner Spirochaeta pallida sich bewegt, ist der ganze Organismus in Bewegung, bei den anderen Spirochäten können die ausgiebigsten Bewegungen an einem Teile erfolgen, während der übrige Teil des Organismus sich in Ruhe befindet. Die Vorteile, die mit der Auffindung des spezifischen Protozoon zusammenhängen sind enorm, aber trotz der Möglichkeit frühzeitiger spezifischer Behandlung ist Ausbleiben des Exanthems nach Mc D.s Erfahrung aufserordentlich selten.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1909.

Zur Behandlung gewisser chronischer entzündlicher Hautkrankheiten, von Louis A. Duhring - Philadelphia. D. weist darauf hin, dafs wir bei gewissen chronischen Hautaffektionen, wie besonders chronischem Ekzem, inveterierter Psoriasis, mehr auf die allgemein konstitutionelle Behandlung und auf innere Gründe als Ursachen der Leiden sehen müfsten, als es bisher, und zwar bei den meisten Spezialisten, der Fall gewesen sei. Die lokale Behandlung ist für sehr viele solcher Fälle völlig ungenügend und es sind vor allem Störungen der Verdauung und des Nervensystems, welche in Betracht gezogen werden sollten; die Lebensweise, Gewohnheiten, Mifsbrauch von Tabak, Wein, Alkohol erfordern weiterhin grofse Berücksichtigung. Ohne in weitere Einzelheiten bezüglich der Symptome dieser internen Störungen einzugehen, drückt D. schliefslich seine Überzeugung dahin aus, dafs viel weniger Leute den Kurpfuschern in die Hände fallen würden, wenn die Ärzte bei den genannten Hautleiden sich nicht damit begnügten, nur eine Salbe zu verschreiben, sondern das ganze Allgemeinbefinden des Patienten eingehender Sorgfalt unterziehen würden.

Eine noduläre, in Ringform endigende Eruption (Granuloma annulare), von Grover W. Wende-Buffalo. Es handelt sich um einen 49 jährigen Mann, bei dem vor etwa zwei Jahren im Anschlufs an eine rheumatische Gelenkaffektion am Nacken flache, rotweifse Knötchen ohne Jucken oder Brennen auftraten; diese Knötchen nahmen allmählich an Zahl und Gröfse zu und breiteten sich nach zwei bis drei Monaten bis zur Haargrenze der Ohren und zur Vorderseite des Halses hin aus, die länger bestehenden nahmen schliefslich die Form von Ringen oder Ringsegmenten an. Diese Hautaffektion ging zum Teil wieder zurück (spontan und auf Behandlung), nach einem weiteren Anfalle von Rheumatismus erfolgte aber ein erneuter Ausbruch und die kreisförmigen Affektionen boten beträchtliche Verschiedenheiten in Form, Entwicklung, Involution und Gruppierung, die Farbe war in der Mehrzahl rot, bei wenigen weifslich und halb durchsichtig Die kreisförmig angeordneten Effloreszenzen waren sehr hartnäckig in ihrem Bestande und von chronischem Verlaufe (Monate anhaltend). Schmerz oder andere subjektiven Störungen waren nicht vorhanden. Die histologische Untersuchung von exstirpierten Gewebestückchen zeigte auffallende Ähnlichkeit mit den von Little unter dem Namen Granuloma annulare beschriebenen Fällen: tiefsitzende Entzündung der Haut, die allmählich gegen die oberen Schichten sich ausdehnt und um die Gefäfse herum ihren Sitz hat, die hier beobachteten Zellen waren mononukleäre, epitheloide und besonders vom Typus der fixen Bindegewebszellen. W. findet jedoch die Bezeichnung „Granuloma" als keine sehr gut gewählte, da in diesen Fällen keine spezifischen Arten von Zellen, welche mikroskopische Differenzierung, wie bei den anderen infektiösen Granulomen, ermöglichen, und nichts vor-

handen war, was irgendwie Gemeinschaftliches mit der malignen Zellinfiltration der Sarkome hätte. Mit Abbildungen.

Osteopathien der quaternen Syphilis (Gaucher). Bericht über die Untersuchung von 46 orthopädischen Fällen auf angeborene Syphilis, von James M. Winfield-Brooklyn. Die von W. untersuchten Fälle betrafen Kinder im Alter von 6 Monaten bis zu 14 Jahren und zeigen, wie schwierig es ist, bei Kindern Knochensyphilis von Tuberkulose zu unterscheiden. Da alle Fälle, mit Ausnahme eines einzigen, positiv auf die Tuberkulinprobe (von Pirquet) reagierten, ist jedenfalls anzunehmen, daſs sie alle mit Tuberkulose behaftet waren. Andererseits waren aber auch bei einem Teil der Fälle — es handelte sich meist um Malum Pottii (19 Fälle) und Hüftgelenksaffektionen (17 Fälle) — und zwar bei 22 von den 46 syphilitische Stigmata vorhanden und bei einem Drittel der Fälle, wovon sechs keine solchen Stigmata aufwiesen, die Noguchi-Wassermannsche Reaktion eine positive. Diese Fälle lassen annehmen, daſs Syphilis ein wichtiger Faktor bei der Entstehung vieler Fälle von Osteitis in der Kindheit ist, aber ohne weitergehende Schlüsse zu ziehen, möchte W. sich auf die Hypothese beschränken, daſs in vielen solcher Fälle vererbte Syphilis der ätiologische Faktor und dadurch die Resistenz der Betroffenen eine so verminderte ist, daſs sie leicht ein Opfer der Tuberkulose werden. Einen Fall eiteriger Knochenmarkerkrankung nur deshalb aber als syphilitisch anzusehen, weil er auf Quecksilber und Jodpräparate sich bessert und sogar oft geheilt wird, erklärt er für falsch, da Quecksilber bei jeder Art Dyskrasie ein wirksames Tonikum und kombiniert mit entsprechenden hygienischen und orthopädischen Mitteln auch viele Fälle tuberkulöser Knochenentzündung zur Heilung bringt. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 8—9.

Beitrag zum Studium der Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis, mit einer typischen und atypischen Beobachtung, von J. Nicolas und A. Jambon. Die Verfasser greifen auf die gleichbetitelte Arbeit von Brocq und Lenglet zurück, die 1902 im Januarheft der *Annales* erschienen ist. Sie bestätigen im groſsen und ganzen die damals von den genannten Autoren entwickelten Ansichten und weisen nur auf einige Abweichungen und Eigentümlichkeiten hin.

Ihr erster Fall betraf einen sechsjährigen Knaben; die Symptomatologie seiner Dermatose wich nur in einem Punkt von dem von Brocq und Lenglet gezeichneten Bilde ab: es fehlten ihm die verlängerten Haare und Nägel. Aber Brocq hat selber diesen Punkt später als nicht wesentlich für sein Krankheitsbild bezeichnet. Andere Wachstumsstörungen, Abblätterung und Bildung von Längs- und Querfurchen wurden dagegen an den Nägeln des kleinen Patienten beobachtet, und diese Störungen fielen merkwürdigerweise mit einer paroxysmatischen Verschlimmerung der ganzen Dermatose zusammen. Dieses Symptom einer akuten Verschlimmerung, einer schubweisen Verstärkung des ganzen Syndroms zeigte sich auch im zweiten Fall; die Verfasser sind geneigt, ihm eine groſse Bedeutung beizulegen.

Der zweite, einen siebenjährigen Knaben betreffende Fall, bot der Klassifikation anfangs die gröſsten Schwierigkeiten. Die Veränderungen an Kopf und Hals waren ganz entsprechend denen des ersten Falles. Seborrhoe und Pityriasis lamellosa der Kopfhaut, Hyperkeratose der Ohren mit verhornten Papillarvorsprüngen auf den Ohrläppchen usw. Der übrige Körper aber wies eine Reihe wesentlicher Abweichungen von dem Brocqschen Krankheitsbilde auf. Zwar Erythrodermie und ununterbrochene Abschuppung bestanden auch hier, aber die Erythrodermie ist hier am Hals, an den

Armen und Beinen usw. keine diffuse, sondern immer nur eine teilweise, von einem rotgelben Saum, der sie gegen das Gesunde scharf abgrenzt, beschränkt; diese Grenzlinien scheinen zu der Nerven- und Gefäſsverteilung der betreffenden Gegenden in keiner Beziehung zu stehen. Die Erythrodermieherde beharren aber nicht ewig auf demselben Fleck, sondern verschieben sich bei jedem neuen Krankheitsschub, so daſs neue Stellen der Haut jetzt erkrankt sind und die eben noch befallene Haut nunmehr ein völlig normales Aussehen gewinnt. Hierzu kommt noch ein weiteres fremdes Symptom, das Auftreten kleinster Papeln auf gesunden Hautstellen, Schulter und Arm. Die Papeln ähneln den Elementen der Psoriasis; sie flieſsen allmählich zu ähnlichen Herden zusammen wie die erythrodermischen.

In ihrer differentiell-diagnostischen Besprechung erklären sie diesen zweiten Fall für eine Übergangsform zwischen verschiedenen verwandten Gruppen.

Bemerkungen zur Arbeit von Dalla Favera über den augenblicklichen Stand der Trichophytie in Parma, von R. Sabouraud. Eine kritische Besprechung der Arbeit von Dalla Favera, die in den *Annales*, 1909, Juliheft, erschienen ist. S. bestreitet in seiner Allgemeinheit die Richtigkeit des von Favera ausgesprochenen Satzes, daſs alle Trichophytonarten nur eine und die nämliche klinische Form von Trichophytie erzeugen.

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit Lingua scrotalis und Miſsbildungen der Zähne, von G. Rouvière. Das Xeroderma hatte mit 14 Jahren im Gesicht begonnen und bei dem jetzt 21 Jahre alten Mädchen allmählich die Haut des ganzen Körpers befallen. Das Allgemeinbefinden ist tadellos. Die Zunge ist, wie die Haut des Skrotums, mit Einsenkungen und Furchen versehen und an den Zähnen zeigen sich allerlei Miſsbildungen. So stehen die beiden mittleren Schneidezähne des Oberkiefers konvergent zueinander und weisen Furchen und Einsenkungen an ihrer Oberfläche auf; die äuſseren Schneidezähne sind verkümmert und der linke scheint halbwegs um seine Längsachse gedreht. Diese und ähnliche Abweichungen der anderen Zähne betrachtet Verfasser nicht als zufällige Komplikationen, sondern er erkennt darin den Ausdruck einer abnormen Entwicklung des gesamten buccofacialen Ektoderms; daraus leitet er sowohl die Miſsbildung an Zunge und Zähnen wie auch das frühzeitige greisenhafte Verhalten der Gesichtshaut her.

Ein Fall von isoliertem Lebergumma, das intra vitam diagnostiziert wurde, von Paul Savy. Die 25jährige Patientin klagte über zunehmende Schwäche. Auſser beginnender Lungentuberkulose wurde auf der Leber, unterhalb des Rippenbogens und dicht bei der Medianlinie ein hühnereigroſser, harter Tumor gefunden, von dessen Vorhandensein die Patientin nichts wuſste. Irgendwelche Symptome abseiten der Leber fehlten vollkommen. Nach der Vorgeschichte wurde die Diagnose auf Gumma hepatis gestellt. Tatsächlich verschwand der Tumor auch nach Jodkaliumbehandlung. Die Kranke erlag später ihrer Phthise und in der Leber wurde bei der Sektion eine Narbe gefunden, die ihrem Bau nach nur von einem Gumma herrühren konnte. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band I, Heft 8 und 9.

1. **Vorlesungen**, von Albarran. (Heft 8 und 9.) Zusammenstellung und Besprechung der wichtigsten, in den letzten zwei Jahren aus der Klinik A.s hervorgegangenen Publikationen über Anatomie und Pathologie der Niere. Es sind das Arbeiten **über die Anatomie des Nierenbeckens** und **über gewisse Punkte der Anatomie der Niere** von Papin und Albarran, über **die Muskelfasern der Niere**

von PETTIT, über **Transplantation der Niere** von PAPIN, über den **Einfluſs einer kranken Niere auf die Niere der anderen Seite** von MAUGEAIS und von ALBARRAN, über **kompensatorische Hypertrophie einer Niere bei Erkrankung der anderen Niere** und über den **Einfluſs der Tuberkulose einer Niere auf die Niere der anderen Seite** von ALBARRAN, über die **Ausscheidung von Blut durch die Niere** von PETTIT und MEYER, über **Anurie** von ALBARRAN, von ERTZBISCHOFF und von PAPIN, über **Hydronephrosen**, über **Nierentuberkulose** und über die **Behandlung der Pyonephrosen** von ALBARRAN, über **Nierensteine** von ERTZBISCHOFF, über **polycystische Niere infolge von Steinbildung** von POUSSON, über **Hämaturien bei Nierensteinen**, über **Pyelotomie** und über **Steinbildung in beiden Nieren** von ALBARRAN, über **Hämaturie bei Wanderniere** von GAUCHER, über **renale Schmerzpunkte** von PASTEAU, über die **Lagerung der Kranken bei lumbalen Nierenoperationen** von PASTEAU, über **perinephritische Abscesse intestinalen Ursprungs** von ALBARRAN und endlich über **die technischen Verfahren zur Entkapselung der Nieren** von ERTZBISCHOFF.

2. **Die stickstoffhaltigen Bestandteile des Harns und die Bestimmung ihres Stickstoffverhältnisses**, von A. DESMOULIÈRE. (Heft 8.) D. weist einleitend darauf hin, daſs eine Änderung des normalen Verhältnisses der in Form von Harnstoff ausgeschiedenen Stickstoffmenge zur gesamten Stickstoffausscheidung durch den Harn auſser bei manchen Lebererkrankungen auch bei gewissen auf Diathesen beruhenden Hautaffektionen zu beobachten ist, und daſs die Feststellung dieses Verhältnisses vor Verabreichung toxisch wirkender Medikamente, besonders vor Einleitung von Quecksilberkuren groſse, praktische Bedeutung hat; denn wo die Ausscheidung von Harnstoff wesentlich vermindert und die Ausscheidung der übrigen stickstoffhaltigen Harnbestandteile vermehrt ist, erscheint gröſste Vorsicht im Gebrauch toxischer Mittel, namentlich des Quecksilbers, angezeigt.

Von den beim Eiweiſsstoffwechsel entstehenden Ammoniumsalzen und Purinkörpern wird der gröſste Teil vom Organismus in der Norm zu Harnstoff umgewandelt, die Zersetzung geht besonders in der Leber vor sich. Daher steigt die Ammoniumausscheidung durch den Harn bei Insuffizienz der Leberfunktion. Die Purinkörperausscheidung wird gröſser: 1. wenn die Fähigkeit der Leber, Purinkörper zu spalten, vermindert ist, wie bei Arthritismus, Lebervergiftung usw., 2. wenn eine intensive Zerstörung von Leukocyten, d. h. von Nukleinen im Organismus stattfindet, 3. wenn mit der Nahrung ein Übermaſs von Nukleinen oder Purinkörpern zugeführt wird, 4. wenn im Organismus abnorme Mengen von Milchsäure produziert werden, da sich in der Leber durch Verbindung von Milchsäure mit Ammoniumkarbonat oder Harnstoff Harnsäure bilden kann. Die Leukomaine, gleichfalls ein Produkt des Eiweiſsstoffwechsels, bedingen in der Hauptursache die Giftigkeit des Harns; ihre Ansammlung im Organismus ist die wesentlichste Ursache der Urämie. Das Endprodukt des Abbaues der Eiweiſskörper ist der Harnstoff; je gröſser der Anteil der Harnstoffausscheidung an der Gesamtstickstoffausscheidung ist, desto mehr hat sich der Eiweiſsstoffwechsel der Vollendung genähert; je mehr sich andererseits die übrigen stickstoffhaltigen Harnbestandteile in ihrer chemischen Zusammensetzung von Harnstoff unterscheiden, desto mehr unterscheiden sie sich auch physiologisch von dem leicht löslichen, leicht dialysierbaren, ungiftigen Harnstoff.

Zur Feststellung des Verhältnisses zwischen Stickstoffausscheidung in Form von Harnstoff und Gesamtstickstoffausscheidung durch den Harn bedarf es der Bestimmung der Stickstoffmenge im Harnstoff und der Bestimmung der gesamten Stickstoffmenge im Harn. Wie diese beiden Messungen vorgenommen werden, beschreibt D. im zweiten Teile seiner Arbeit; es muſs diesbezüglich auf das Original verwiesen werden.

3. **Nierensteine auf natürlichem Wege abgegangen,** von Stefanesco Galatzi-Jassy. (Heft 9.) Ausgehend von der Beschreibung zweier einschlägiger Fälle bespricht G. die Indikationen der gewöhnlich recht wahllos angewandten Mineralwasserkuren bei Nierensteinen. Mineralwasserkuren sind bei sehr umfangreichen Steinen, die wegen ihrer Gröfse unmöglich auf natürlichem Wege abgehen können, zum mindesten nutzlos, bei Oxalatsteinen dadurch, dafs sie die Gefahr der Blutung steigern, direkt schädlich. Der Gebrauch stark alkalischer Wässer ist nur bei Säuresteinen angezeigt; bei Phosphatsteinen sowie bei Säuresteinen, die sekundär einen Katarrh der oberen Harnwege und alkalische Zersetzung des Harns bewirken und sich mit Phosphatschichten überzogen haben, sind lediglich ganz schwach alkalische, nur wenig Mineralbestandteile enthaltende Wässer, wie die von Vittel, Contrescéville oder Caciulata (in Rumänien) zu verwenden; daneben mufs natürlich der Katarrh sorgfältig behandelt werden.

4. **Tumor des vorderen Harnröhrenteils,** von E. Loumeau-Bordeaux. (Heft 9.) Bei einem jungen Manne war am Tage nach einem Coitus, bei dem der Penis infolge einer starken Kontraktion der Vulva im Moment der Ejakulation eine starke Umschnürung erlitten hatte, auf der unteren Fläche des Gliedes in der Mittellinie dicht hinter der Glans eine kleine, längliche, mit der Harnröhre zusammenhängende, mit der Haut nicht verwachsene Geschwulst sichtbar geworden. Der Tumor war allmählich zu Fingergliedgröfse angewachsen, hatte aber keinerlei Beschwerden verursacht, bis an ihm nach siebenjährigem Bestande akute Entzündungserscheinungen und Schmerzen auftraten; schon nach wenigen Tagen brach ein Abscefs nach aufsen durch. Der Tumor wurde exzidiert, es war ein fibrös-muköser, stellenweise granulomatöser Harnröhrenpolyp, der gestielt der Aufsenfläche der unteren Harnröhrenwand aufsafs, sich also nicht wie gewöhnlich intra-, sondern extraurethral entwickelt hatte. Der Kranke hatte zwei Jahre vor dem erwähnten Coitus eine leichte Urethritis durchgemacht, die vermutlich die Ursache der Polypenbildung war; das durch den Coitus bewirkte Trauma mufs dann die Harnröhe im Sitz der Geschwulst zur Ruptur gebracht haben, und der Polyp, der bis dahin keine Erscheinungen gemacht hatte, gelangte nach aufsen und wuchs urethral weiter. Die Abscefsbildung war die Folge einer sekundären Infektion.

1909. Band II, Heft 17.

1. **Der chirurgische Eingriff bei Schufswunden der Niere,** von Clément-Marseille.

2. **Behandlung der schweren Formen von Hypospadie und Epispadie mit Tunnelisierung und Transplantation,** von G. Nové-Josserand-Lyon. Der Verfasser hat im Jahre 1896 gezeigt, dafs es möglich ist, durch Aushöhlung eines subcutanen Kanals im Penis und Auskleidung desselben mit Epidermisläppchen eine künstliche Urethra zu bilden; er hat dieses Verfahren zur Bestätigung von Hypospadien angewandt und gleich anderen Autoren gute Erfolge damit erzielt. Da aber auch Mifserfolge nicht selten waren, hat der Verfasser im Laufe der Jahre die Methode umgestaltet; sie ist nach seiner Meinung jetzt so vollkommen, dafs sie auch in den schwersten Fällen von Hypospadie und Epispadie vollkommen und dauernde Heilung ermöglicht.

Die ganze Behandlung besteht aus drei Teilen: den vorbereitenden Operationen, der eigentlichen Harnröhren-Autoplastik und der Herstellung des normalen Harnablaufes. Die erste vorbereitende Operation ist die Geradrichtung des Penis: Auf der unteren Fläche des Gliedes hinter der Glans wird die Haut mit den darunter liegenden Gewebsschichten bis auf das Corpus cavernosum in ziemlicher Ausdehnung quer durchtrennt und der Schwellkörper von oben her in die Schnittöffnung hineingedrückt

und nach vorne und hinten stumpf frei präpariert; meist mufs auch die fibröse Hülle des Schwellkörpers gespalten werden. Die Blutung wird durch Kompression gestillt und die Haut in der Längsrichtung vernäht. Während die eigentliche Autoplastik niemals vor dem sechsten, am besten zwischen dem sechsten und neunten Lebensjahre ausgeführt werden soll, empfiehlt es sich, die Geradrichtung des Penis recht frühzeitig, womöglich schon im ersten Lebensjahre, vorzunehmen, weil dadurch einer stärkeren Verkrümmung des Schwellkörpers vorgebeugt wird. — Auf die Geradrichtung des Gliedes folgt als zweite vorbereitende Operation eine perineale Urethrotomie. Der Hautschnitt mufs bei dieser von der Ansatzstelle des Skrotums bis 1 cm vor dem Anus geführt und die Harnröhre in einer Ausdehnung von mindestens 4 cm eröffnet werden; die Schleimhaut wird mit der Haut, um vorzeitigen Verschlufs der Öffnung zu verhindern, durch Seidennähte vereinigt. Ein Verweilkatheter wird nicht eingelegt; wenn Blutgerinnsel vorhanden sind, mufs ein- oder zweimal katheterisiert werden. — Den letzten Teil der Vorbereitung bildet der Verschlufs der vorhandenen Harnröhrenmündung: Etwa 1 cm von der Mündung entfernt wird eine zirkuläre Inzision gemacht, die Urethra nach Einlegung einer Sonde 1 cm weit frei präpariert und mit starkem Katgut unterbunden, ihr Ende reseziert und der Stumpf in die Tiefe versenkt; darüber vernäht man das fibröse Gewebe mit Katgut und die Haut in der exaktesten Weise mit Fil de Florence oder mit einem feinen Metallfaden und legt schliefslich einen Kompressionsverband an. Der Verschlufs der Harnröhrenmündung mufs ein ganz absoluter sein, weil sich sonst eine unheilbare Fistel entwickeln kann.

Erst nach vollständiger Vernarbung der bei der dritten vorbereitenden Operation gesetzten Wunde, das ist gewöhnlich nach 1½—2 Monaten, schreitet man zur Harnröhren-Autoplastik, die in folgender Weise ausgeführt wird: Durch einen Sehnenschnitt wird die perineale Fistelöffnung nach dem Penis zu um 3—4 cm verlängert und durch den versenkten obliterierten Harnröhrenstumpf und dann weiter durch das subcutane Zellgewebe des Penis um die Glans ein Troikart durchgestochen. Durch die Troikartkanüle wird nach Entfernung des Troikarts eine Hohlsonde durchgeschoben und auf dieser nach Herausnahme der Kanüle ein Dilatator, am besten der Tripiersche Dilatator, eingeführt und der Kanal auf 14—22 Charrière erweitert. Dann wird an Stelle des Dilatators von oben her eine Kornzange eingelegt und die Hohlsonde entfernt. Während man nun die Blutung durch Kompression stillen läfst, wird vom Oberschenkel ein Thierschsches Hautläppchen von 4 cm Breite und 15—20 cm Länge abgenommen und mit der blutenden Fläche von aufsen um einen weichen Katheter Nr. 17—21 der Länge nach herumgelegt oder wie eine Binde in zirkulären Touren herumgewickelt und in der Mitte und an beiden Enden mit ganz dünnen Katgutfäden befestigt. Der Katheter wird nach Abtragung seiner beiden über den Hautlappen vorstehenden Enden samt dem Hautlappen mittels der Kornzange gefafst und vom Perineum aus so weit durch den neuen Kanal hindurchgezogen, dafs der Hautlappen zu beiden Seiten, namentlich aber am perinealen Ende, den Kanal überragt; das periphere Ende des Katheters wird nahe der neuen Harnröhrenmündung mit einem Seidenfaden an die Glans angenäht. Zuweilen bildet sich in der Umgebung des Katheters ein Hämatom; dieses mufs, sobald sich Fluktuation zeigt, möglichst weit vom Kanal entfernt inzidiert werden. Am achten Tage wird der Katheter herausgenommen, dabei aber ein Seidenfaden eingeführt, der liegen bleibt. In den folgenden Tagen wird täglich eine Spülung mit 20%igem Gomenolöl gemacht, wobei aber jeder Druck zu vermeiden ist. Am vierten Tage wird mittels des Seidenfadens eine weiche Leitsonde und mit deren Hilfe ein sehr stark eingefettetes Bougie Nr. 12—15 eingeführt; die Bougierungen werden von da ab zweimal wöchentlich wiederholt, schon nach der zweiten wird der Seidenfaden entfernt. Nach vier Monaten kann vorsichtig mit einer Dilatationskur begonnen

werden; wird damit keine genügende Erweiterung erzielt, dann macht man eine Urethrotomia interna, die unter Umständen sogar wiederholt werden mufs.

Ist eine genügende Dilatation der neugebildeten Harnröhre erreicht, dann wird das ganze Verfahren mit der Herstellung des normalen Harnablaufs beendigt. Dazu wird die perineale Fistelöffnung zirkulär umschnitten und der innere Wundrand frei präpariert; es entsteht dadurch eine Art Hauttrichter, der bis in die Urethra reicht und reseziert wird; dabei mufs aber reichlich soviel Schleimhaut, als zum Verschlusse der Urethra nötig ist, erhalten bleiben. Die Schleimhaut wird durch feine Katgutfäden, die die Mucosa nicht perforieren, aber vom umgebenden Gewebe möglichst viel mitfassen, vernäht und endlich das subcutane fibröse Gewebe und die Haut durch Nähte geschlossen.

Das Verfahren kann mit den entsprechenden Modifikationen auch bei Epispadie und zweifellos auch bei traumatischen und anderen Substanzverlusten der Urethra angewendet werden. *Götz-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 8. August 1909.

1. **Zwei Fälle von unerkannter Syphilis mit seltenen Formen von tertiärem Phagedänismus,** von Pietro Stancanelli-Neapel. Genauer Bericht über zwei Fälle, in denen alle Antecedentien der Syphilis fehlten, und schwere Zerstörungen, vor allem im Gesicht entstanden waren, ehe die richtige Diagnose und die daraufhin eingeleitete spezifische Behandlung im ersten Falle fast vollständige Heilung brachten, während sich der zweite selbst lange Zeit fortgesetzten Injektionskuren gegenüber refraktär erwies. Spirochäten wurden in keinem der beiden Fälle gefunden, Wassermann nicht vorgenommen. Abbildungen.

2. **Serodiagnose der Syphilis, Seroagglutination, Wassermannsche Reaktion, Technik und Resultate, Theoretische und kritische Studien, Modifikationen und Vereinfachungen, Methode von Noguchi,** von E. Joltrain. 50 Seiten lange Monographie, die so ziemlich alles, was über die Wassermannsche Reaktion bekannt geworden ist, zusammenfafst. Das Literaturverzeichnis hat zirka 100 Nummern. Neu ist die in der Klinik Gauchers geglückte Beobachtung einer Agglutination der Spirochäten, die im hängenden Tropfen (des mittels Bierschen Saugverfahrens gewonnenen Gewebssaftes) deutlich, wenn auch langsam vor sich geht; während sie auf Zusatz eines Tropfens Serum von einem infizierten Tiere augenblicklich zu stande kommt.

Heft 9. September 1909.

1. **Die Syphilis und die malignen Tumoren der Halsorgane,** von L. Massei-Neapel. Acht kurz mitgeteilte Fälle, die wiederum zeigen, wie auf dem Boden syphilitischer Erkrankungen, besonders gummatöser Spätaffektionen, sich maligne Tumoren bilden können, die sich oft entwickeln, ehe der zugrunde liegende Prozefs unter der eingeleiteten spezifischen Behandlung zur Abheilung gelangt ist, und so imstande sind, die ursprüngliche Prognose erheblich zu trüben.

2. **Eingeweidesyphilis,** von Hudelo und Emery. Die Arbeit beschränkt sich auf die Erkrankungen des Intestinums mit Beiseitelassung des Magens und Rektums, gibt einen kurzen Rückblick über das, was zurzeit bekannt ist über das Thema und stellt an der Hand von drei eingehend mitgeteilten Fällen fest, dafs sehr häufig die Symptome einer malignen Neubildung des Darms vorliegen, während es sich in der Tat um Syphilis handelt.

3. **Über Fortschritte der letzten Zeit im Studium des Syphilisverlaufes,** von H. Hallopeau-Paris. „Aller Wahrscheinlichkeit nach geht die Entwicklung des Syphiliskontagiums im Menschen vor sich." „Die Spirochäte hat nicht die gleiche Aktivität und produziert nicht identische Toxine bei den verschiedenen Erscheinungsformen der Syphilis in ihrem Verlaufe." „Es ist sehr wahrscheinlich, dafs eine lebhafte Vermehrung der Spirochäte sowie eine quantitativ erhebliche Produktion von Toxinen erst gegen Ende der sogenannten Inkubationszeit stattfindet." Die anfängliche Verbreitung der Spirochäte auf dem Lymphwege macht nach Beteiligung der Lymphdrüsen einer Verbreitung auf dem Blutwege Platz. Die im Schanker und seiner nächsten Umgebung lokalisierten Parasiten „zeigen einen höheren Grad von Virulenz". Die sekundären Erscheinungsformen der Syphilis („intra-inoculations") sind an die Verbreitung der Spirochäten gebunden.

4. **Abscefs des Unterschenkels, Inzision, Umbildung der Schnittwunde in eine typische tertiäre Ulceration,** von Troisfontaines-Liège. Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen aus anscheinend gesunder Familie, ohne irgendwelche Stigmata hereditärer Syphilis, bei der die Umbildung der in einem schmerzhaften fluktuierenden Abscefs gemachten Inzision in eine gummöse Geschwürsbildung eintrat. Die klinische Diagnose konnte durch Wassermann nicht gestützt werden, doch gab der Erfolg der antisyphilitischen Allgemeinbehandlung nach lange fortgesetzter erfolgloser lokalen Therapie den Ausschlag.

5. **Verkannter Schanker der rechten Mandel, Tonsillotomie, sekundäre Syphilis, ultramikroskopische Untersuchung,** von Maurice Bloch.

6. **Schwerer Fall von Tabes, erfolgreich behandelt mit Kalomelinjektionen,** von Sanglier. Zusatznotiz zu einer im Juliheft dieser Zeitschrift veröffentlichten Arbeit. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica,

Band IV, Heft 3. September 1909.

1. **Über 126 Fälle operierter maligner Nierentumoren,** von Arthur Bloch-Berlin. Bearbeitung des Materials aus Israels Klinik; die Nierengeschwülste bieten bei radikaler Operation relativ günstige Aussichten auf Dauerheilung; die Operationsmortalität beträgt jetzt 22,2 % aller Fälle.

2. **Kann die Nierentuberkulose bisweilen spontan ausheilen?** von G. Ekehorn. Der äufserst interessante Fall betrifft eine Patientin, die 1900 ausgesprochene Symptome von Nierentuberkulose zeigte, mit kolossalen Mengen von Tuberkelbazillen im Harn; während sie 1909, als sie zum zweiten Male in klinische Beobachtung kam, nicht die geringsten subjektiven Beschwerden und klaren Harn aufwies. Dabei ist aber die rechte Niere, die nunmehr exstirpiert wird, in einen aus Kavernen bestehenden Sack verwandelt, der mit dicken Detritusmassen angefüllt ist; keinerlei Bakterien nachweisbar; der Ureter war nicht verschlossen.

3. **Anatomischer und histologischer Bericht über eine Niere, an der neun Jahre zuvor die Nephrolithotomie ausgeführt worden war,** von Giorgio Nicolich-Triest.

4. **Über Ureterencystoskope,** von Otto Ringleb. Technisches; Verbesserungen an dem vom Verfasser jüngst publizierten lichtstarken Cystoskop.

W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVIII. August 1909.

1. **Ein Fall von Pemphigus vulgaris abhängig von parenchymatöser Nephritis,** von M. Werssilowa. Der schon im Märzheft der *Russ. Zeitschr. f. Haut- u. ven. Krankh.* beschriebene Fall (cf. *diese Zeitschr.*, Bd. 48, S. 482) ist später nochmals zur Beobachtung gekommen und schliefslich infolge einer malignen Geschwulst der linken Wange zugrunde gegangen. Bei der Sektion wurde eine gangränöse Highmoritis als Todesursache gefunden. Verfasserin nahm infolge des früher bestandenen Pemphigus vulgaris eine mikroskopische Untersuchung des zentralen und peripheren Nervensystems vor und konstatierte deutliche Veränderungen der Rückenmarkszellen. An Stelle der normalen fibrillären Struktur dieser Zellen liefsen sich solche von irregulärer, sozusagen verfilzter Anordnung der Fibrillen mit Bildung von Atrophie der Zellen nachweisen. Verfasserin bringt daher den Pemphigus vulgaris mit Veränderungen des Zentralnervensystems in Zusammenhang, ohne aber sagen zu können, was von beiden das Primäre ist.

2. **Ein Fall von sekundärem Riesenschanker, wie auch sonst zahlreichen sekundären harten Schankern auf dem Abdomen,** von Pawlow. Beobachtung von dem gleichzeitigen Vorkommen von 17 harten Schankern, davon 7 auf dem Penis und in der Schamgegend und 10 auf dem Bauch. Von den letzteren Schankern erreichte der eine eine Länge von 9 cm und eine Breite von 4 cm. Wie bald nach dem primären Genitalschanker diejenigen auf dem Abdomen aufgetreten sind, liefs sich anamnestisch nicht eruieren, wohl aber, dafs sie nicht als Folge eines neuen Coitus, sondern anscheinend durch Autoinokulation infolge von Kratzen mit den Nägeln entstanden sein dürften.

3. **Auftreten einer Sklerose und eines papulo-pustulösen Syphilids bei einem Kranken mit schon viele Jahre bestehendem Ulcus gummosum des Fufses,** von Priklonski. Der 32jährige Kranke, welcher mit einer Sklerose des Penis und einem papulo-pustulösen Ausschlag in das Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau aufgenommen wurde, wies aufserdem ein gummöses Ulcus auf dem linken Unterschenkel auf, welches, nach Angabe des Kranken, schon seit dem achten Lebensjahr bestehen und bei Behandlung zeitweilig besser geworden sein sollte. Das Ulcus machte klinisch den Eindruck eines gummösen und bei einer Röntgenaufnahme zeigte sich auch, dafs es sich um Osteosklerosis und Periostitis handele. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen exstirpierten Stückes des Ulcus ergab keine für Tuberkulose sprechenden Zeichen. Einige Monate nach dem ersten Aufenthalt des Kranken im Hospital bekam er, bei Vorhandensein von Papeln im Rachen, einen apoplektischen Insult, an dessen Folgen er starb. Die Sektion ergab Arteriosklerose der Hirngefäfse.

4. **Zur Frage der ascendierenden, blennorrhoischen Peritonitis,** von Eudokimow. Beschreibung von zwei Tripperfällen, bei denen es zu Epididymitis, Funikulitis und circumskripter, schmerzhafter Schwellung der unteren Bauchregion kam. Gleichzeitig bestand hohes Fieber und Erbrechen. Verfasser glaubt, dafs es sich in beiden Fällen um circumskripte Peritonitis als Komplikation des Trippers handelte. Die beiden Kranken genasen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Actas dermo-sifiligráficas.

1. Jahrg. 1909. Nr. 1.

Sitzungsbericht der spanischen dermatologischen Gesellschaft vom 6. Mai 1909.

Der Steinkohlenteer in der Behandlung einiger Dermatosen, von JUAN DE AZUA. A. versuchte den Steinkohlenteer bei den verschiedensten Ekzemen und artefiziellen Dermatitiden mit gutem Erfolge und rühmt besonders seine juckstillende Wirkung und das Zurückgehen von Nässen und Infiltration. Er verwandte ihn meistens rein, selten mit Adeps zu gleichen Teilen oder mit LASSARscher Paste in 20—50 %iger Mischung, in letzterer Form besonders bei impetiginösen Ekzemen. Nur in einem Falle von chronischem Ekzem mit Pyodermitis wurde das Medikament nicht vertragen, sondern sowohl Juckreiz als Entzündueg vermehrt.

In einem Falle von Dermatitis DUHRING wirkte das Mittel gut, in einem anderen hingegen, desgleichen in einem Falle von prämykotischer Lichenifikation war die juckmildernde Wirkung kaum nachzuweisen, doch wurden wenigstens die entzündlichen Erscheinungen nicht vermehrt.

Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis DUHRING, von J. S. COVISA. Besprechung und Vorstellung zweier Fälle.

Cerebrospinale Meningitis. Meningomyelitis incipiens und Meningitis der Basis. Akustische und optische Störungen. Aufsergewöhnlicher cutaner Akustikusreflex, von J. DE AZUA. Der Artikel erschien in der *Revista clinica de Madrid* und wurde bereits referiert.

Atoxylbehandlung der Syphilis, von CLEMENTINO BASAIL. Es wurden sieben Fälle mit durchschnittlich 5 g Atoxyl in zehn Injektionen behandelt. Der Autor sieht das Mittel nicht als ein spezifisches Antiluetikum an. Es steht dem Merkur weit in der Wirkung nach. Auch konnte ein abortiver Effekt nicht konstatiert werden.

In der Diskussion sprechen sich GARCIA DEL MAZO, AZUA, CASTELO, BASAIL durchaus gegen das Atoxyl aus und warnen vor seinen bekannten toxischen Wirkungen.

Zwei Fälle von Acrodermatitis pustulosa continua, von J. DE AZUA. Der erste betraf einen 33jährigen Mann, der seit 13 Jahren an Zellgewebseiterung mit Fisteln und pruriginöser Pyodermitis der Glutäalgegend litt. Das häufige Kratzen liefs an den Fingerspitzen eine durch fortwährende Schübe von Pusteln charakterisierte Krankheit entstehen, die Palmarflächen der die Fingerspitzen, die Vola manus und die Handgelenkfalte befiel. Die leeren Nagelbetten waren von eitrigen Granulationen bedeckt. Zwischen den Pusteln waren Hautfetzen und Rhagaden. An anderen Stellen war die Haut stark infiltriert und gespannt, so dafs die Finger nicht flektiert werden konnten. Aufserdem hatte der Patient typische Psoriasis an den Ellenbogen, den Knien und an der rechten Hand. Der zweite Fall betraf eine 50 Jahre alte Frau, die seit 18 Jahren an beiden Daumen Schübe von Pusteln bekam, welche sich auf die ganze Ausdehnung der ersten Phalanx erstreckten, aber nicht weitergingen. Die Pusteln sitzen auf rotleuchtender, infiltrierter Haut. Die Nägel sind herausgeeitert. In beiden Fällen war die Schmerzhaftigkeit eine nur geringe und die Therapie erfolglos

Sitzung vom 3. Juni 1909.

Die BIERsche Stauung bei einigen venerischen Erkrankungen, von F. CASTELO. Drei Fälle von Bubonen, die erfolgreich nach BIER behandelt wurden.

Drei Fälle von Osteoperiostitis blennorrhoica des Calcaneus, von J. NOUELL. Der erste Kranke bekam, während er noch stark abundantes Urethralsekret hatte, eine doppelseitige Talalgie mit Arthritis des zweiten rechten Metatarsophalangealgelenks ohne Arthritis des Tibio-Tarsalgelenks. Er hatte bereits vorher geringen Pes

planus. Der zweite bekam doppelseitige Talalgie nach Sistieren der Sekretion. Die Röntgenphotographie zeigte Osteophyten auf beiden Calcanei bei beiden Kranken. Beim zweiten waren die Osteophyten spornartig. Ein dritter Kranker hatte zweimal Blennorrhoe und bekam jedesmal eine Polyarthritis, welche bis auf eine persistierende bilaterale Talalgie heilte. Von diesem Kranken existiert keine Röntgenaufnahme.

Ein Fall von Lungensyphilis, von J. Quintana Duque. Ein 21jähriger junger Mann bekam vor vier Jahren einen harten Schanker, der nicht als solcher erkannt wurde. Mangels sekundärer Symptome wurde keine merkurielle Behandlung vorgenommen. Zwei Jahre darauf traten sehr starke tibiale Knochenschmerzen auf, die auf eine Injektion von grauem Öl aufhörten. Zwei Jahre später trat Abmagerung mit Husten une Auswurf und mehreren leichten Hämoptoe-Anfällen hinzu. Kein Fieber. Tuberkelbazillen wurden nie im Sputum nachgewiesen. Auch die Anti- und Ophthalmoreaktion waren negativ. Kurze Zeit später erschien ein spärliches papulöses Syphilid an der Schulter. Besserung mit Injektionen von Oleum cinereum. Die Lungeninfiltration war in der Gegend der dritten Rippe vorn und der Spina des Schulterblattes hinten auf der rechten Seite lokalisiert.

Ein Fall von Lungentuberkulose mit Syphilis, von E. de Oyarzábal. Ein lange Jahre wegen Tuberculosis pulmonum mit positivem Bazillenbefund behandelter 34jähriger Mann bekommt Pharynxgeschwüre, die O. als luetisch erkennt, obwohl in der Anamnese weder Lues congenita noch acquisita zu eruieren war. Injektionen von Ol. cinerum zugleich mit JK heilten sowohl den Pharynx als die Lungen, so daſs zuletzt keine Tuberkelbazillen mehr nachweisbar waren.

Syphilis hereditaria tarda, von E. de Oyarzábal. Beschreibung einer heredosyphilitischen Hautaffektion in der rechten Nasolabialfalte bei einem achtjährigen Knaben.

Zwei Fälle von phagedänischem Gumma der Urethra, von J. S. Covisa. Der eine Fall trat im sekundären Stadium kaum sechs Monate nach der Infektion, der andere nach sechs Jahren auf.

Serpiginöse Ulcerationen venerischen Ursprungs. Chronische Malaria, von J. de Azua. Es handelte sich um ein ausgedehntes serpiginöses Ulcus im Anschluſs an einen Bubo nach Ulcus molle. Der Streptobacillus Ducrey war auf keine Weise nachweisbar, sondern es wurde im Ausstrichpräparat und durch Kultur ein Coccus gefunden, der in vieler Beziehung dem Diplococcus des serpiginösen Ulcus von Fiocco und Unna gleicht. A. glaubt, daſs nur durch Hinzutreten dieses Coccus ein serpiginöses Ulcus entstehen kann. Geheilt wurde der Fall mit heiſsen Abwaschungen und heiſsen Umschlägen von übermangansaurem Kalium 2‰ und häufigen Applikationen des Thermokauters.

Drei Fälle von Syringocystadenom: Ulceration des einen, von J. de Azua. Alle drei Fälle zeigten klinisch das bekannte Bild des Cystadenoms. Im ersten Falle saſsen die Läsionen bei einer 62jährigen Frau an der linken Seite der Nase und der Nasolabialfalte und dauerten schon 49 Jahre. Wenige Cysten saſsen am Augenwinkel. Die einzelnen Cysten waren bis erbsengroſs. Seit einiger Zeit war ein Teil derselben ulceriert. Es bildeten sich kraterförmige Geschwüre, welche aber mikroskopisch keine maligne Umwandlung erkennen lieſsen.

Der zweite Fall betraf ein 18jähriges Mädchen. Die Mutter, ein Bruder und eine Schwester haben dieselbe Erkrankung. Lokalisiert waren die Läsionen am Rande der behaarten Kopfhaut, in der Nasolabialfalte, der Präaurikularregion und der Schulter. Eine dritte 24jährige Kranke hatte die Erkrankung symmetrisch in den Nasolabialfalten. In ihrer Familie waren Mutter und drei Brüder frei, hingegen trugen der Vater und ein anderer Bruder dieselben Läsionen seit ihrer Kindheit.

Alle drei Fälle wurden einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen und stimmten in den Hauptmerkmalen vollständig untereinder überein. Die charakteristischen Läsionen waren in der Cutis in Form von cystisch degenerierten Haufen epithelialer Zellen zu finden. Daneben bestand eine Hypertrophie der Talg- und Schweifsdrüsen mit cystischer Degeneration der letzteren und eine abundante, unregelmäfsige Disseminierung von Epithel- oder Endothelzellen, welche aus den Gefäfsen oder den veränderten Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen zu stammen scheinen

Gunsett-Strafsburg.

Bücherbesprechungen.

Ikonographia dermatologica.

Bd. IV, Taf. 27—35.

1. **Pseudoleucaemia cutis.** Ein Fall von Pseudoleukämie mit Hauttumoren, von Ed. Arning und H. Hensel-Hamburg. Knopfförmige, graublaue, mattglänzende, pralle, leicht druckempfindliche, auf der Unterlage verschiebbare Tumoren, die sich hauptsächlich an den Extremitätenstreckseiten finden, neben kleinen blafsroten Flecken und etwas gröfseren, bräunlichblauen, flach hervortretenden, infiltrierten Hautpartien. Der neun Jahre alte, extrem abgemagerte und blasse Knabe zeigte folgendes Blutbild: Hämoglobingehalt 35%, spezifisches Gewicht 1017, rote Blutkörperchen 1400000 (Makro-Mikrocyten, Poikilocyten, Polychromatophile, basophil getüpfelte, Normoblasten, spärliche Megaloblasten); weifse Blutkörperchen nur 2000; davon waren:

Polynukleäre neutrophile	15%
„ eosinophile	9%
Lymphocyten	53%
Myelocyten	14%
Übergangsformen	6%
Atypische	3%

Trotz eingeleiteter Arsentherapie ging der Knabe zugrunde; die Obduktion ergab Anschwellung sämtlicher Lymphdrüsen, Vergröfserung der Milz, Nephritis parenchymatosa, Ödem der Lungen usw. „Es hat sich nicht um eine multiple Hautsarkomatose gehandelt. Das geht sowohl aus dem mikroskopischen Befund der Tumoren sowie auch aus dem Umstande hervor, dafs keinerlei Tumormetastasen in den inneren Organen sich gebildet hatten.“

2. **Casus pro diagnosi**, von R. Cranston Low-Edinburg. Ein 25jähriger Mann ohne Tuberkulose oder andere Anhaltspunkte in der Anamnese leidet an einem sich nach und nach immer mehr verbreitenden Ausschlag, der im vierten Lebensjahre an Ellenbogen und Knien begann, unter deutlicher Narbenbildung mit Teleangiektasien abheilt und symmetrisch über die Extremitäten und das Gesicht verbreitet ist. Klinisch und mikroskopisch gröfste Ähnlichkeit mit Lupus erythematosus. Pirquets Cutanreaktion positiv (Wassermann wurde nicht vorgenommen). Unter JK und Hg trat Besserung ein, allerdings nur langsam und teilweise. Ein einziger, ähnlich scheinender Fall in der Literatur von Hutchinson wird von diesem als Bindeglied zwischen Akne Psoriasis und Lupus erythematosus bezeichnet.

3. **Dermatitis gangraenosa infantum**, von Norman Walker und R. Cranston Low-Edinburg. Binnen fünf Wochen ging ein dreijähriges Mädchen an einer gangrä-

nösen Ulceration des Oberschenkels zugrunde, die sich trotz operativen Eingreifens und Kauterisation immer weiter ausdehnte und anscheinend ursprünglich ausging von einer isolierten Pockenpustel.

4. **Dermatitis lichenoides chronica atrophicans** (Lichen albus von Zumbusch), von Jacob Csillag - Budapest. Bei einem 26jährigen Schlossergehilfen gelangt eine seit langer Zeit bestehende, anscheinend unbekannte Dermatose zur Beobachtung, die auf die Haut des Stammes lokalisiert ist, keine subjektiven Erscheinungen hervorruft, aus kleinstecknadelkopf- bis hanfkorngrofsen, oberflächlichen, separierten, gruppierten oder mit Vorliebe zu ebenfalls oberflächlichen Plaques konfluierenden, monomorphen, entzündlichen Läsionen besteht, welche schliefslich zur subepithelialen Vernarbung der erkrankten Herde führen. Verfasser spricht die Erkrankung als eine höchstwahrscheinlich hämatogene an und vergleicht sie mit dem von von Zumbusch im *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd. 82, veröffentlichten Fall, wendet sich aber gegen die von diesem Autor angewendete Benennung Lichen albus.

5. **Über einen mehrere Jahre hindurch beobachteten Fall von Lichen sclerosus,** von Erich Hoffmann - Berlin. Mitteilung eines schon auf mehreren Kongressen zur Demonstration gelangten Falles von Lichen atrophicus. Hervorzuheben ist, dafs H. den von von Zumbusch veröffentlichten Fall von Lichen albus (s. vorige Arbeit) zum Lichen sclerosus Hallopeau in Beziehung setzen möchte.

6. **Urticaria chronica papulosa,** von Viktor Mucha - Wien. Seit etwa vier Jahren ist in der Fingerschen Klinik ein Mann in Beobachtung, der mit dem 25. Jahre an einem Leiden erkrankt ist, das immer rezidiviert und sich nach und nach über den ganzen Körper ausgedehnt kat, nur Gesicht, Handteller und Fufssohlen freilassend. Die Haut ist intensiv pigmentiert, fühlt sich rauh, infiltriert und trocken an und zeigt massenhaft unregelmäfsig angeordnete, stecknadelkopf- bis linsengrofse, ziemlich scharf papulöse Efflorescenzen von anfangs hellroter, später braunroter Farbe. Die Affektion erinnert in mancher Beziehung an Prurigo und ist bei Demonstrationen auch dafür gehalten worden, aber „da wir stets eine universelle Ausbreitung der Effloreszenzen ohne bestimmte Lokalisation sowie einen Ausbruch mit typischen Urticariaquaddeln beobachten konnten und überdies, man könnte fast sagen auch experimentell, der direkte Zusammenhang des Auftretens von Nachschüben mit der Nahrungsaufnahme einerseits und den Verdauungsvorgängen andererseits sich nachweisen läfst, so haben wir den Fall als eine Urticaria papulosa mit chronischem Verlaufe aufgefafst".

7. **Exanthema vegetans ex usu Bromi** (ausgedehntes vegetierendes Bromexanthem), von J. Schäffer - Breslau. Eine 35jährige, schlecht genährte und sehr anämische Frau hatte, wie sich hinterher herausstellte, mehrere Wochen hindurch gröfsere Mengen Brom (schätzungsweise 3 g pro Tag) regelmäfsig genommen und bekam einen vorzugsweise an den Streckseiten der Extremitäten lokalisierten Ausschlag, dessen Blasenbildungen und Wucherungen den Eindruck eines Pemphigus vegetans machten. Heilung nach Aussetzung des Brom unter indifferenter Behandlung. — Aus den mitgeteilten histologischen Untersuchungen geht hervor, dafs die Lokalisation der entzündlichen Vorgänge für eine Abhängigkeit von den Gefäfsen spricht, während ein Zusammenhang mit den Talgdrüsen nicht besteht.

8. **Exanthema menstruale „angioneuroticum"** (ausgedehntes „angioneurotisches" Menstrualexanthem), von Karl Zieler-Würzburg. Das Erythem fand sich bei einer 49jährigen Witwe, die noch regelmäfsig menstruierte, und zwar waren in ziemlich symmetrischer Anordnung beide Ohren, die Rückseite beider Oberarme, beide Hände (vorwiegend die Finger), die Glutäalgegend, die seitlichen Abschnitte der Oberschenkel sowie die Fufsrücken beiderseits befallen. Atrophische Veränderungen fehlten gänzlich, ebenso ausgesprochen entzündliche Prozesse, das Wesentliche stellten Ödem

und Hyperämie dar. Der Beginn der Erkrankung im Anfange des Klimakteriums und sodann das ziemlich regelmäfsige Auftreten neuer Herde kurz vor Eintreten der Periode sowie drittens das Stärkerwerden der subjektiven Beschwerden, veranlafst durch die Verschlimmerung bezw. das Wiederaufflackern der alten Herde zur selben Zeit, zeigen deutlich die Beziehung der Erkrankung zur Menstruation.

W. Lehmann-Stettin.

Die plastische Massage bei verschiedenen Dermatosen des Gesichtes, von Raoul Leroy. (2. Aufl. Ch. Boulangé, Paris 1909.) Diese von L. Jacquet inspirierte Arbeit enthält 26 eigene Beobachtungen und sechs photographische Tafeln. Der Verfasser gelangt zum Schlusse, dafs die Massage ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel in der Behandlung zahlreicher Gesichtshautaffektionen wie Ekzem, Seborrhoe, Verfettung, Erythrose, Acne rosacea und vulgaris, gewisse Melanodermien u. a. ist und die Anwendung derselben nur Vorteile, aber keine Nachteile mit sich bringen kann. Durch dieselbe werden pathologische Zirkulationsverhältnisse geregelt, die Talgdrüsen entleert, Pusteln ausgedrückt und Exsudate zur Aufsaugung gebracht. Die Handgriffe müssen dem gegebenen Falle angepafst, mit leichten Eingriffen begonnen und allmählich die Kraft derselben gesteigert werden. Man macht anfangs leichte Knetungen, indem die ganze kranke Hautpartie methodisch in Falten zwischen Daumen und Zeigefinger abgehoben wird, es folgen Erschütterungen, Vibrationen und mehr oder weniger nachdrückliche Streichungen. Um einen sicheren Griff haben zu können, wird die Haut nicht eingefettet, sondern eingepudert; die einzelnen Sitzungen dauern etwa 15 Minuten und bemerkt man, dafs mit der Zeit sich eine ganz besondere Toleranz der Haut gegen die mechanischen Prozeduren entwickelt, so, dafs parallel auch die Kraft der letzteren eine Steigerung erfahren kann.

Aufser der Massagebehandlung ist auch eine Regelung der Diät und der Ernährungsweise angezeigt. Viele Patienten sind Schnellesser, leiden an Dyspepsien, Neuralgien, Nasenkrankheiten oder setzen sich verschiedenen thermischen oder atmosphärischen Reizen aus.

Experimentell konnte festgestellt werden, dafs jede Sitzung dieser plastischen Massage die Temperatur der behandelten Gesichtsseite hebt, und dafs die Zirkulation der betreffenden Partien eine unvergleichlich regere wird als der anderen Seite.

(Auch als *Thèse de Paris,* 1908, erschienen.) *E. Toff-Braila.*

Der Arzt, von M. Fürst - Hamburg. Ein Leitfaden der sozialen Medizin. (B. G. Teubner, Leipzig 1909.) Das vorliegende Werkchen, das als 265. Band der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt“ erschienen ist, hat den Zweck, weiten Kreisen aller Bevölkerungsschichten den Werdegang des Arztes, sein Wirken und Streben näher zu bringen, um damit auf die vielseitigen sozialen Aufgaben hinzuweisen, die dem Arzte „als vorgeschobenen Vorposten der menschlichen Gesellschaft“ zufallen, Zugleich soll es aber auch jüngere Kollegen in dieses Grenzgebiet der praktischen Medizin und der sozialen Praxis einführen. Die Schwierigkeit, eine populäre und doch auch für den Arzt brauchbare Darstellung der gesamten sozialhygienischen Bedeutung des praktischen und Amtsarztes zu bringen, hat Verfasser zweifellos mit grofsem Geschick überwunden. Das erste Kapitel bespricht den Werdegang des Arztes (Vorbildung, Ausbildung und Prüfungen), das zweite die praktische Ausbildung des Arztes für seinen Beruf und das Fortbildungswesen für praktische Ärzte, eine besonders begrüfsenswerte Zusammenstellung dieser der jüngsten Zeit entstammenden Schöpfungen, das dritte Ärztliche Berufspflichten (Praxis auf dem Lande und in kleinen Städten, allgemeine Praxis in den Städten, ärztliche Tätigkeit in den Kolonien, Niederlassung im Auslande), das vierte Über Spezialärzte. Das fünfte Kapitel handelt über Militärärzte und Medizinal-

beamte, Stellung und Aufgaben des Gerichts-, des Stadtarztes, der Kreis-Kommunalärzte und des Hafenarztes, das sechste spricht über die ärztliche Tätigkeit in Kranken- und Heilanstalten, das siebente über die Stellung des Arztes in der öffentlichen und privaten (Unfall- und Lebens-) Versicherung, das achte über die weiteren Betätigungen der Ärzte in der sozialen Wohlfahrtspflege, als Armen-, Schulärzte usw. Im neunten Kapitel wird die Organisation des ärztlichen Standes, die staatlichen und Vereinsorganisationen besprochen und das zehnte Kapitel enthält Schlufsbetrachtungen, welche die Verstaatlichung des Ärztestandes, Verwaltungsmediziner in den Grofsstädten, die Bekämpfung der Kurpfuscherei usw. zum Gegenstand haben. In Summa für Ärzte und Laien ein sehr empfehlenswertes Nachschlage- und Orientierungsbüchlein, das auch der subjektiven Färbung in manchen Einzelheiten nicht entbehrt. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Rationelle Haarpflege, von Dammann-Berlin-Schöneberg. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1909. Nr. 48.) D. sieht in der Seborrhoea sicca der Kopfhaut die häufigste Ursache des Haarausfalles; er empfiehlt dagegen monatelangen Gebrauch des „Pixavons“, der flüssigen Pittylenkaliseife, und berichtet von seinen günstigen Erfolgen damit.

Schourp-Danzig.

Die physikalischen Hilfsmittel in der Behandlung der Akne und der akneiformen Erkrankungen.

Die physikalischen Hilfsmittel in der Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre. II. Kongrefs für Physiotherapie. Paris, 13. bis 15. April 1909. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 48.) Für Akne werden successive Bierscher Schröpfkopf und Heifsluftdusche (Dausset - Paris), Radiotherapie, besonders für Keloïdakne geeignet (Gaston-Paris), Diätetik (Viel-Paris) und Elektrotherapie (Oudin-Paris) erörtert. Leroy und Wetterwald-Paris weisen besonders auf die Erfolge der Massage nach Jaquet hin, die ja öfters in dieser Zeitschrift erörtert wurde. Neue Gesichtspunkte finden sich dabei nicht. Ebensowenig für die Behandlung der varikösen Geschwüre.

Gunsett-Strafsburg.

Moderne Hautcremes:

Glycerin-Gelee:

Gelatin.	30,0	
Aq. flor. aurant.		720 ccm
Glycerin.	360,0	
Glycerin. boric. (1 : 3)		360 „

Carrageen-Creme:

Mucilag. carrageen.		120 ccm
Glycerin.	60,0	
Extr. Hamamelid. dest.		30 „
Spir. coloniens.		30 „
Boracis		1,9 g

Hamamelis-Gelee:

Gelatin.	7,5	
Glycer. amyl.[1]	210,0	
Acid. boric.	1,9	
Extr. Hamamelid. dest.		270,0 ccm
Aq. flor. aurant.		30,0 „
Ac. carbolic.		1,2 „
Ol. Neroli		1,2 „

[1] *Glycer. Amyli* U. S. P.

In einer Porzellanschale fügt man zu 80 g Glycerin eine Anreibung von 10 g Amyl in 10 ccm Wasser. Die Mischung wird unter Umrühren so lange auf 144° erhitzt, bis eine transparente Masse entstanden ist.

Opal-Creme:

Tragacanth. pulv.	7,5
Ol. rosae geran.	0,9 ccm
Alcohol	15,0 „
Glycerin	90,0 „
Aq. dest.	180,0 „

Quitten-Creme:

Sem. Cydon.	11,0
Glycer. Amyl.	120,0
Acid. boric.	0,5
Glycerin.	120,0
Alcohol	180,0 ccm
Ac. carbolic.	1,2 „
Aq. coloniens.	15,0 „
Ol. lavandulae	2,4 „
Aq. dest.	ad 960,0 „

Glycerin-Creme:

Amyl. pulv.	22,75
Acid. boric.	7,5
Acid. carbol.	1,9
Glycerin.	180,0
Aq. dest.	420 ccm

Parfum ad libit.

Vorschriften aus dem *British Pharmacentical Codex* 1907:

Cremor Bismuthi et Zinci P. P. C.

Bismut. oxychlorat.	30,0
Zinc. oxyd. plv. sbt.	30,0
Adip. lanae	5,0
Ol. rosae	0,1
Adip. suilli	ad 100,0

Emplastr. salicylic. B. P. C.

Acid. salicyl. plv. sbt.	40,0
Extr. cannab. indic.	5,0
Empl. adhaesiv. elast. B. P. C.	ad 100,0

Das Extr. cannab. indic. wird auf dem Wasserbade getrocknet, mit dem vorher auf dem Wasserbade geschmolzenen Empl. adhaesiv. gemischt und zum Schlufs die Salicylsäure hinzugesetzt. (*Pharm. Ztg.* 1909. Nr. 61.)

Zur Technik der Anwendung medikamentöser Salben bei Hautkrankheiten, von Dudtschenko-Kolbassenko. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 22.) Warme Empfehlung einer Bestreuung der eingesalbten Haut mit indifferenten Streupulvern.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Leime in der Dermatologie. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 27.) Empfehlung der in Frankreich bis jetzt wenig gebrauchten Leime in der von Unna angegebenen Zusammensetzung. *Götz-München.*

Über den therapeutischen Wert der Scharlachsalbe bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Paul Auerbach-Magdeburg. (*Klin.-therap. Wochenschrift.* 1909. Nr. 24.) B. Fischer-Bonn beobachtete zuerst die Tatsache, dafs der Farbstoff Scharlach R die Fähigkeiten besitzt, Epithelwucherungen hervorzurufen. Auerbach verwandte ihn in 4%iger Salbe bei incidiertem Bubo, bei Ulcus molle, bei Ulcera cruris, entzündlicher Phimose, luetischen Ulcerationen und Lupus vulgaris, sowie bei Decubitus mit oft überraschend schnellem Erfolge. *Schourp-Danzig.*

Die Anwendung von Kohlensäureschnee in der Dermatologie, von Richard J. Sutton-Kansas City. (*The Dublin Journ. of Med. Science.* Juli 1909. Serie III, Nr. 451.) S. verwandte das Verfahren bei 108 Fällen von Naevus, Lupus erythematosus, Chloasma, senilen Keratosen, Warzen, chronischem Ekzem und seborrhoischer Dermatitis und bei oberflächlichem Epitheliom mit bemerkenswertem Erfolge. Bei Trichophytie, Lupus vulgaris, Keratosis palmaris, Lichen planus und Pruritus hält er die Röntgenbestrahlung für wirkungsvoller. *Schourp-Danzig.*

Das Antituberkulinserum (Marmorek) im Dienste der Chirurgie, von M. Wein-Budapest. (Vortrag, gehalten im Kgl. Ärzteverein in Budapest.) Das Marmoreksche Serum bindet die Antitoxine, die im Blutkreis zirkulieren. Erst wenn

dies erfolgt ist, kann es die in den erkrankten Teilen befindlichen Gifte, Toxine, binden. Sind sie gebunden, verrichtet der Organismus automatisch durch die freigewordene Heilungsneigung den Heilungsprozeſs, der bisher durch die Anwesenheit der Toxine gehemmt war. Dies läſst sich daraus erkennen, daſs die speziellen Entzündungen den Charakter allgemeiner Entzündungen annehmen. Bei entsprechender chirurgischer Behandlung heilen sie wie gewöhnliche entzündliche Veränderungen, die nach chirurgischen Eingriffen zu heilen pflegen. Nach solchen Seruminjektionen können auch bisher nicht wahrgenommene Herde bemerkbar werden. Verfasser schildert eingehend die Art und Weise der Durchführung der individualisierenden Behandlung. Das Serum bringt er mit einer 5 ccm - Glycerinspritze per Rectum zur Anwendung, nach Tunlichkeit in einen leeren Mastdarm. Nur in einigen Fällen nahm er subcutane Injektionen vor. Er referiert über 65 Patienten, die so behandelt worden sind, und fügt tabellarische Ausweisung hinzu. In 96,4% konnte er das Leiden günstig beeinflussen. *Porosz-Budapest.*

Über den Gebrauch der elektrisch hergestellten Kolloidmetalle, von A. Neuber - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 15.) 41 Bubonen behandelte er mit einem auf elektrischem Wege hergestellten Silberkolloid. Mit Hilfe einer Pravaz-Nadel saugte er aus dem Absceſs den Eiter nach Tunlichkeit aus oder er machte eine 3—4 mm groſse Inzision, preſste den Eiter von ungefähr aus oder saugte ihn mit Bierschen Ballen aus. Nachher spritzte er einige Kubikzentimeter Elektrargol ein, füllte die Wundöffnung mit Sublimatgaze aus und legte einen Verband an. Nach sieben bis acht Tagen waren die Patienten geheilt. Elektrargol ist chemisch reiner als auf chemischem Wege hergestelltes Kolloid. Es verursacht keine Schmerzen und produziert keinen Eiter. *Porosz-Budapest.*

Die Teertherapie und ihre Neugestaltung durch Einführung des Pittylens, von Georg Haedecke-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) H. hat Pittylen, zuweilen in Verbindung mit anderen Medikamenten, bei verschiedenartigen Hautaffektionen, so bei Dermatomykosen (Pityriasis versicolor, Erythrasma, Ekzema marginatum), bei essentiellen Hautflechten (Ekzema chronicum, Pityriasis rosea Gibert), bei Prurigo und Pruritus vulvae, bei postskabiösen Ekzemen, Urticaria, Ekzema impetiginosum, Hyperkeratosen, Akne vulgaris und Pityriasis capitis teils in Form von Seifen, Pasten oder Puder, teils in Form einer Schüttelmixtur angewandt und durchaus vorzügliche Resultate damit erzielt. Der Gebrauch des völlig reiz- und geruchlosen Mittels ist nach den Erfahrungen H.s in all den Fällen indiziert, in denen Teerbehandlung überhaupt in Frage kommt. *Götz-München.*

Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Steinkohlenteer, von Juan de Azúa. (*Revista clin. de Madrid.* 1909. Nr. 13.) Mitteilung von 29 Fällen von Dermatitis Duhring, akuten und chronischen Ekzemen, Follikulitiden, prämykotischen Zuständen, Prurigo Hebrae usw., bei denen der Steinkohlenteer teils rein, teils in Verbindung mit Salben und Pasten mit gutem Erfolg angewandt wurde. In einem Falle von prämykotischen lichenoiden Läsionen wurde Albuminurie durch die Behandlung hervorgerufen. *Gunsett-Straſsburg.*

Birgt die übliche äuſserliche Behandlung mit Chrysarobin irgendwelche Gefahren für den Kranken in sich? von Wolters. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 14.) Auch bei ausgedehnter Anwendung auf der äuſseren Haut ruft Chrysarobin beim Menschen heine Vergiftungen hervor. Diese Ansicht wird immer mehr sich durchringen, je sorgfältiger und exakter die Untersuchungen des Harns vor, während und nach jeder Behandlung mit differenten Mitteln angestellt werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über Mergal in der Privatpraxis, von B. Wiecherkiewicz-Krakau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) W. schätzt das Mergal hoch; in einigen Fällen war es allerdings wirkungslos; die Ursachen dieser fehlenden Wirkung kennt er nicht.

Schourp-Danzig.

Über Versuche mit „Vilja-Creme“, von E. Hellmuth-Würzburg. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1909. Nr. 29.) Die Nachprüfung der Wirkung der Creme ergab tatsächlich eine günstige Beeinflussung des Juckreizes bei Pruritus senilis sowie bei Frostbeulen, bei Brandwunden und bei seborrhoischem Kopfekzem.

Schourp-Danzig.

Zur therapeutischen Verwendung des Jodipins, von E. Lustwerk-Demjanik. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1909. Nr. 42.) Bericht von je einem Falle von Ischias blennorrhoica, Neuritis optica syphilitica und Tabes dorsalis, in welchen subcutane Injektionen von 25%igem Jodipin objektive und subjektive Besserung brachten. Die Jodipinkur dauerte bis drei Monate und umfaſste bis 450 ccm. *Schourp-Danzig.*

Eine neue Form des Holzessigs für die Hygiene und Therapie der weiblichen Genitalien, von Georg Joachim-Berlin. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1909. Nr. 43.) Empfehlung der Irrigaltabletten der Firma Barkowski - Berlin, welche angeblich Holzessig in fester Form enthalten. (Nach Zernick, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909, Nr. 25, handelt es sich um ein durch Absättigen von Holzessig gewonnenes holzessigsaures Natrium mit Parfümbeimischung. Die Lösung der Irrigaltabletten reagierte alkalisch.) *Schourp-Danzig.*

Zur Ehrenrettung der „Bolus alba“, eines alten, aber seit langer Zeit verkannten Heilmittels: die Bolus alba, von Frei-Niederuzwil. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 13.) Im Altertum war die Bolus alba ein sehr häufig verordnetes Heilmittel. Sie fand Anwendung bei frischen und veralteten Wunden, bei Vergiftungen durch Stiche und Bisse giftiger Tiere, bei Magen- und Darmkrankheiten. Julius Stumpf wies kürzlich auf seine eklatanten Erfolge mit Bolus bei ganz schweren, hochgradig septischen Wunden, bei vernachlässigten ausgedehnten Unterschenkelgeschwüren usw. hin, und die antibakterielle Wirkung veranlaſste ihn, die Bolus alba auch innerlich bei Darmkrankheiten anzuwenden. Daraufhin verordnete sie Frei bei einem schweren Falle von tropischer Dysenterie, der dadurch zur Heilung kam. *Schourp Danzig.*

Über innerliche Behandlung von Hautkrankheiten mit Kalksalzen, von Bettmann-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) Nach B.s Erfahrungen sind die Indikationen für die Darreichungen von Kalksalzen noch keineswegs als klar definiert zu betrachten, und ihr Wirkungskreis ist wohl nicht so groſs, wie nach den Berichten englischer Ärzte geglaubt werden könnte. Immerhin hatte Verfasser unter seinen etlichen 70 Fällen verschiedener Art mehrere, bei denen die Heilung oder wenigstens Besserung auch bei kritischer Betrachtung als Wirkung des Medikamentes aufzufassen sein dürfte. Unter diesen sind zu nennen Fälle von Purpura, Urticaria, Pruritus senilis, Prurigo Hebra und Herpes gestationis. Man gibt in der Regel Calcium lacticum (10,0 : 200,0) ohne Corrigens und läſst dreimal täglich etwa eine Stunde vor den Mahlzeiten ein bis zwei Eſslöffel nehmen. Dies wird drei bis vier Wochen lang fortgesetzt. Pflanzensäuren in gröſserer Menge zu genieſsen soll dabei nachteilig sein. Das Mittel ist billig und nicht unangenehm zu nehmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Tholassotherapie der Hautkrankheiten, von L. Löw-Abbazia. (*Zeitschr. f. Balneol.* 1909. Nr. 12.) Vorteilhaft wirkt das Seebad auf Tuberkulide. Auch bei akutem Ekzem, wenn die Erscheinungen der akuten Dermatitis und des Nässens abgelaufen waren, sah Autor durch Seebäder keinen Schaden, sondern Besserung. Das

Seebad wird als Wannenbad, 26—28° R., mit Kleiezusatz, fünf bis sieben Minuten lang angewendet, danach die Haut ohne Reiben mit Leintüchern getrocknet und mit Amylum bepudert. Weniger Vorsicht erfordern die chronischen und seborrhoischen Ekzeme.

Sehr gelobt wird die Wirkung bei Dermatosen, bei welchen ein nervöser Ursprung vermutet wird: Pruritus und Lichen ruber, ferner Prurigo. Prurigo heilt nach Löws Erfahrungen ohne lokale Therapie allein durch Gebrauch von protrahierten Sand- und Sonnenbädern. Für Prurigo wird daher ganz besonders warm die Benutzung des Seeklimas und der Seebäder empfohlen. Wenn sich diese Erfahrungen verallgemeinern lassen und sich die Erfolge bei Prurigo als von Dauer erweisen, wird ihm die Anerkennung vieler Ärzte und Patienten sicher sein.

Arthur Schucht-Danzig.

Weitere Erfahrungen mit der Quarzlampe, von Schattmann-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1909. Nr. 7.) Sch. berichtet über Erfolge mit Quarzlampenbelichtung in der Ledermannschen Klinik. Am auffallendsten waren die Erfolge bei Alopecia areata; meist genügten vier bis sechs Bestrahlungen in 2—10 cm Distanz von der Dauer bis zu zehn Minuten. Auch bei Rosacea wurde nicht unter Kompression, sondern aus 10 cm Distanz bestrahlt und zumeist bedeutende Besserung erzielt. Mit Kompression wurde dagegen bei Lupus erythematodes bestrahlt, mit symptomatisch günstigem, wenn auch nicht dauerndem Erfolge.

Die günstigen Erfahrungen Buschkes bei Vitiligobehandlung werden durch einen Fall bestätigt. Hier erwies sich die durch Bestrahlung der depigmentierten Stellen erzeugte Pigmentierung nach drei Monaten als von Dauer.

Für Lupus vulgaris wird die Wirkung der Finsenbelichtung als überlegen erachtet. Bei allerdings wenigen Fällen rezidivierten die Knötchen nach Quarzlampenbehandlung bald. *Arthur Schucht-Danzig.*

Theorie einer Methode, bisher unmöglich anwendbare hohe Dosen Röntgenstrahlen in der Tiefe des Gewebes zur therapeutischen Wirksamkeit zu bringen ohne schwere Schädigung des Patienten, zugleich eine Methode des Schutzes gegen Röntgenverbrennungen überhaupt, von Alban Köhler-Wiesbaden. (*Fortschr. f. Röntgen.* XIV, 1.) Die Methode besteht im wesentlichen darin, daſs ein engmaschiges Drahtnetz auf die Haut gelegt, und die Röhre diesem möglichst nahe gebracht wird. Auf diese Weise lassen sich ausgedehnte Ulcera vermeiden, während die etwa entstehenden kleinsten punktförmigen Nekrosen darum schnell heilen dürften, weil sie von einem Wall gesunden Gewebes umgeben sind. Praktisch ausprobiert hat übrigens Verfasser die Methode noch nicht. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen, von Rammstedt-Münster und Jacobsthal-Marburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* XVI, 1.) Übersicht über Bekanntes; Mitteilung zweier Fälle von ausgedehnten Ulcerationen auf dem Rücken, bei denen verschiedentlich durch Operation und plastische Deckung des Defekts eingegriffen werden muſste. Auch R. verwirft lokale Anästhetika und redet baldiger Exzision das Wort. Neu ist die Verwendung der grauen Salbe bei kleineren Rezidivulcera, durch die rasche Überhäutung eingetreten sein soll. *W. Lehmann-Stettin.*

Sekundentherapie (Therapie mit abgekürzter Expositionszeit), von Albers-Schönberg-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* XIV, 2.) Wie bei Röntgenuntersuchungen zu diagnostischen Zwecken die Expositionszeiten auf Sekunden und Bruchteile derselben herabgesetzt worden sind, so kann man mittels entsprechender Belastung der Röhre auch therapeutische Sitzungen auf ganz geringe Zeitwerte herabdrücken, indem man zugleich an Zeit wie an Röhrenverbrauch spart und die Belästigung des Patienten auf ein Minimum herabsetzt. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung von Eiterbildung durch Vaccine, von S. MALLANAH-Hyderabad. (*Brit. med. Journ.* 2. Okt. 1909.) Bei einigen (sechs) Fällen (Ulcus varicosum, Furunkel, Karbunkel, diabetischer Abscefs, Cancrum oris) hat Verfasser durch Injektion von Bazillenkulturen nach WRIGHTS Vorgang erstaunlich günstige Resultate erzielt. Es wurde meist Staphylococcus pyogenes aureus resp. citreus, der aus den betreffenden Hautläsionen gewonnen war, verwendet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Röntgenmomentaufnahmen, von F. DESSAUER - Aschaffenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Der bekannte Physiker berichtet, dafs es ihm gelungen ist, brauchbare Röntgenaufnahmen bei einer Exponierung von 1/100 oder 1/200 Sekunde Dauer auszuführen. Man braucht dazu einen sehr energiereichen Kathodenstrahlenflufs, den man durch Vergröfserung der Kathode erzielt bei Anwendung von hochgespannten Strömen oder durch Steigerung der Kapazität und der Transformatoren. Durch eine Federvorrichtung wird, wie bei photographischen Momentaufnahmen, die Exponierung bewerkstelligt und aufgehoben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Paralytikerkinder, von HERRMANN-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) An der Münchener psychiatrischen Klinik hat Verfasser die Familienverhältnisse bei 120 Ehen, in denen der Mann oder die Frau an allgemeiner Paralyse litt, genauer eruiert. Die sorgfältig durchgeführten Erhebungen liefern eine Bestätigung für die Ansicht von den ungünstigen Aussichten solcher Ehen. Kinderlos waren 28 derselben, also 23,3 % gegenüber dem sonstigen Prozentsatz von 15 bei dem Durchschnitt aller Ehen. Fehlgeburten kamen etwa 11 auf je 100 Entbindungen vor; nach HEGAR kommen im allgemeinen auf je 80—100 Geburten 10 Fehlgeburten. Von den lebendgebliebenen 124 Kindern waren aber nur 66 als normal entwickelt zu bezeichnen; 6 waren mit körperlichen Fehlern behaftet und 52 sind als schwächlich zu bezeichnen. Von besonderer Bedeutung ist es aber, dafs nicht weniger als 54 Kinder Zeichen von geistiger Abnormität teils in gelinder, teils in stark entwickelter Form darboten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Anmerkungen zu meinem Dosimeter, von A. STRAUSS-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Verfasser macht hier einige ergänzende Bemerkungen über den von ihm (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 40) beschriebenen Apparat zur Bestimmung der Dosis bei der Röntgenbestrahlung. Als Vorzug gegen das KIENBÖCKsche Verfahren ist hervorzuheben, dafs hierbei die Dunkelkammer nicht erforderlich ist und dafs die ganze Bestimmung in der kurzen Zeit von 15 Sekunden durchzuführen ist. Die Firma Emil Jansen in Barmen liefert das nötige Material.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. №. 11. 1. Dezember 1909.

Theorie und Praxis der Leprabehandlung mit Nastin.

Von

G. Deycke-Hamburg.

Ich glaube, dafs es an der Zeit ist, einmal weiteren Kreisen in zusammenfassender Weise meine Anschauungen und Erfahrungen über die von mir ins Leben gerufene Behandlung der Lepra mit Nastin darzustellen. Auf der diesjährigen Internationalen Leprakonferenz in Bergen habe ich das vor einem Auditorium von Leprologen tun können, heute möchte ich, was ich dort gesagt habe und was über den engen Kreis der Kongrefsmitglieder kaum hinausdringen dürfte, vor einem gröfseren wissenschaftlichen Publikum in gedrängter Form wiederholen.

Ich halte mich dazu umsomehr berechtigt und verpflichtet, als meine früheren Arbeiten über das Problem der Leprabehandlung in verschiedenen Zeitschriften und Vorträgen verstreut sind und manches — zumal die klinische Frage — jetzt auf Grund reicherer persönlicher Erfahrung einer eingehenderen Besprechung als bisher bedarf.

Dem gegenüber kann ich, mit Rücksicht auf früher Gesagtes, die theoretischen Grundlagen des Verfahrens so kurz wie möglich behandeln.

Ausgangspunkt meiner Leprastudien war die Auffindung und Reinzüchtung eines eigentümlichen, bisher unbekannten Mikroorganismus, von mir nach dem Fundort Streptothrix leproides benannt, — den wir aus einem Falle schweren Knotenaussatzes zu mehreren Malen und zu verschiedenen Zeiten isolieren konnten.

Es ist viel darüber geredet worden, ich hätte dieses säurefeste Bakterium mit dem echten Lepraerreger identifiziert. Das ist selbstverständlich nie der Fall gewesen. Im Gegenteil habe ich von vornherein stets die Nichtidentität desselben mit dem Hansenschen Bacillus betont. Wohl aber habe ich damals und auch später noch an die Möglichkeit verwandtschaftlicher Beziehungen zwischen beiden Bakterienarten gedacht und dies auch mehrfach geäufsert. Habe ich doch geradezu dieser meiner derzeitigen Hypothese die Auffindung alles dessen zu verdanken, was mir für die

Leprabekämpfung von bleibendem Wert zu sein scheint. Heute freilich hat die Hypothese nur noch historisches Interesse für mich und ich stehe nicht an zu erklären, daſs verwandtschaftliche Beziehungen zwischen dem genuinen Leprabacillus und der Streptothrix leproides weder zu beweisen, noch auch wahrscheinlich sind. Nur eines bleibt bestehen, daſs die Streptothrix leproides eine Substanz enthält, welche auf den Lepraprozeſs resp. den Lepraerreger aktiv einzuwirken im stande ist und daſs diese selbe Substanz auch im Leprabacillus vorhanden sein muſs, sicher aber im Tuberkelbacillus enthalten ist. Von dieser Substanz und ihren Eigenschaften und Wirkungen soll im Folgenden die Rede sein.

Um etwaige Beziehungen der Streptothrix leproides zu den echten Lepraerregern aufzudecken, hatte ich seinerzeit Inokulationsexperimente mit lebendem Kulturmaterial gemacht, zuerst an dem Patienten, von dem die Kultur stammte, und später auch an einer ganzen Reihe anderer Leprakranken. Das überraschende Resultat dieser Versuche war eine ganz auffällige Besserung des Allgemeinbefindens sowohl wie der leprösen Manifestationen, am ausgesprochensten und überraschendsten wohl bei dem ersten Fall, bei dem ein monatelanges Fieber verschwand und die zum Teil sehr schweren Symptome in einer Weise zurückgingen, daſs Patient sich selbst nach ca. achtwöchiger Behandlung für geheilt hielt und nicht mehr im Krankenhaus zu halten war. Aber auch bei anderen Kranken traten deutliche Besserungen ein. Um der aktiven Substanz auf die Spur zu kommen, stellte ich mir Massenkulturen der Streptothrichen auf Milch her, auf deren Oberfläche sich in einigen Wochen massige, schön orangerot gefärbte, leicht in toto abhebbare Kulturmembranen entwickeln. Die gesammelten Membranen wurden chemisch verarbeitet und die so erhaltenen Fraktionen in monatelangen Versuchen an leprakranken Menschen auf ihre Wirksamkeit geprüft. Enzymartige oder sonstige wasserlösliche Stoffe konnten ausgeschlossen werden, ebenso eiweiſsähnliche Substanzen; dagegen zeigte es sich, daſs der aktive Körper im Ätherextrakt enthalten sein muſste. Schlieſslich konnte ich aus dem Ätherextrakt, der sich als ein kompliziertes Gemisch von echtem Fett und sogenannten Lipoidstoffen erwies, eine bestimmte Substanz isolieren, die klinisch unzweifelhaft als Trägerin und zwar als alleinige Trägerin der kurativen Wirkungen angesprochen werden muſste. Diese eigenartige Substanz, in der Folge von mir Nastin genannt, ist ein echtes Neutralfett. Sehr interessant ist, daſs nur das unveränderte Nastinmolekül wirksam ist; die bei der Verseifung des Nastins gewonnenen Fettsäuren, ebenso wie deren Seifen haben jedwede therapeutische Wirkung eingebüſst.

Injektionen von reinem Nastin in öliger Lösung, bewirken bei Leprakranken Reaktionen am leprösen Gewebe, bestehend in entzündlicher Schwellung, eitriger Einschmelzung und Nekrose. Klinisch sind da die

größten individuellen Verschiedenheiten zu beobachten: auf der einen Seite völlig refraktäre Patienten, auf der anderen Seite solche, bei denen Nastin schon nach wenigen Einspritzungen direkt lebensgefährliche allgemeine und lokale Reaktionen auslöst, und zwischen diesen beiden Extremen alle möglichen Abstufungen.

Die Reaktionen am leprösen Gewebe gehen stets einher mit einer ausgesprochenen Bakteriolyse der Leprabazillen, welche eingeleitet wird mit einer Entfettung der Bazillen, d. h. mit einem Verlust der spezifischen Färbefähigkeit nach ZIEHL. Genau genommen spielt sich der Vorgang der Bakteriolyse in zwei verschiedenen Formen ab. Entweder macht sich bei der ZIEHLschen Färbung eine allmähliche diffuse Abschwächung der roten Tinktion bemerkbar, bis die Bazillenleiber in toto ganz ungefärbt oder schwach in der blauen Kontrastfarbe tingiert erscheinen, um dann schließlich völlig aufgelöst, im Bilde gewissermaßen ausgelöscht zu werden. Oder aber, und das scheint mir der eigentlich typische Verlauf zu sein, es treten zunächst farblose Lücken in dem intensiv rot tingierten Bazillenleib auf, dann geht der Zusammenhang zwischen den noch roten, also noch fetthaltigen Bazillenteilen verloren, die restierenden Bröckel und Körner sintern zu mehr oder minder großen Haufen zusammen, die zuerst noch deutlich gefärbt, allmählich ebenfalls den roten Farbstoff einbüßen und schließlich vollkommen verschwinden. Ich möchte hier einflechten, daß die bakteriolytischen Prozesse an den Leprabazillen ganz ähnlich den analogen Vorgängen bei den Tuberkelbazillen verlaufen und daß beide Bakterienarten auch darin übereinstimmen, daß in einem bestimmten Stadium der Rückbildung sich nur noch, und zwar lediglich nach einer von MUCH modifizierten Gramfärbung, feinste Körnchen färberisch darstellen lassen, von denen MUCH zuerst und einwandfrei bei der Tuberkulose nachgewiesen hat, daß sie unter Umständen wieder zu typischen säurefesten Stäbchen auswachsen können.

Wie ich schon sagte, waren die Einspritzungen von reinem Nastin von sehr inkonstanter Wirkung. Ja es zeigte sich in der Folge, daß sogar der größere Teil der Leprakranken überhaupt nicht auf die Injektionen reagierte, und daß günstige Beeinflussung des leprösen Prozesses lediglich auf dem Wege der Reaktion zu erzielen war. Andererseits waren diese Reaktionen des öfteren von so stürmischer Natur, daß mehrere Male das Leben der Patienten in Gefahr kam.

Unter diesen Umständen konnte nicht daran gedacht werden, das reine Nastin in die Praxis der Lepratherapie einzuführen, obwohl keiner, der einmal eine wirkliche Nastinreaktion zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, an der Spezifität dieser eigenartigen Substanz zweifeln wird. Die Inkonstanz der Nastinwirkung konnte in Anlehnung an die moderne Immunitätsforschung nur so gedeutet werden, daß aus unbekannten Gründen

ein gewisser Prozentsatz der Leprapatienten auf das Nastin nicht mit der Bildung von Antikörpern zu reagieren vermag.

Versuche durch Vorbehandlung von Tieren mit Nastin im Serum oder Blut dieser Tiere spezifische Antikörper zu finden, mißlangen vollständig. Während dieser Arbeiten kam ich auf die Idee, ob es nicht möglich sei, die gesuchten Antikörper durch chemische, im gleichen Sinne aktive Substanzen künstlich zu ersetzen. Nach unseren mikroskopischen Beobachtungen kam es darauf an, Substanzen zu finden, welche schnell und vollständig die Leprabazillen ihres Fettes berauben. Auf Umwegen fanden wir nun, daß unserer Forderung solche Substanzen gerecht werden, welche das Benzoylradikal C_6H_5CO leicht abspalten. Unter allen diesen Substanzen erwies sich das Benzoylchlorid in vitro als das wirksamste und nachdem wir uns von der Unschädlichkeit des Mittels an Tieren überzeugt hatten, begannen wir auch am Menschen Versuche mit Mischungen von Nastin und Benzoylchlorid und es zeigte sich da sehr bald, daß nunmehr auch Reaktionen bei solchen Patienten ausgelöst werden konnten, die sich dem reinen Nastin gegenüber refraktär verhalten hatten und daß damit eine größere Konstanz in der Wirkung gewährleistet zu sein schien. Vor allem aber gelang es, Lösungen von solchem Mischungsverhältnis der beiden Substanzen zu finden, bei denen nennenswerte Reaktionserscheinungen ausgeschaltet werden konnten und die doch eine durchaus befriedigende therapeutische Wirksamkeit erkennen ließen. Mit einem Worte, unter dem Einfluß derartiger Benzoyl-Nastinlösungen verlief der ganze Prozeß gewissermaßen passiv, langsam, aber stetig, weniger sinnfällig für den Arzt, dafür aber auch ohne jede Gefahr für den Patienten.

Eine so beschaffene Lösung ist beispielsweise das sogenannte Nastin B_1 des Handels. Diese Lösung, die das Nastin im Verhältnis von 1 zu 40 zum Benzoylchlorid enthält, soll keine Reaktionen machen und macht auch keine, wenn nicht besondere Verhältnisse vorliegen. Nichtsdestoweniger ist sie therapeutisch durchaus wirksam. Das möchte ich nochmals ausdrücklich hervorheben, da stets wieder der Irrtum entsteht, als ob ohne sichtbare Reaktionen keine therapeutische Wirkung erzielt werden könnte.

Reine Lösungen von Benzoylchlorid, also ohne Zusatz von Nastin, sind auf den leprösen Prozeß völlig unwirksam. Die Spezifizität des kombinierten Benzoylnastin ist also an das Nastin gebunden.

Als ich vor etwa 2½ Jahren die Türkei verließ, verfügte ich nur über einige wenige Fälle, bei denen das neue, kombinierte Nastinverfahren erprobt war. Unter diesen Umständen war es mein Wunsch und ich hielt es fast für meine Pflicht, trotz großer persönlicher Opfer die Gelegenheit

zu suchen, meine Methode und meine wissenschaftlichen Anschauungen an der Hand eines wirklich grofsen Krankenmaterials auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Dank dem Entgegenkommen des englischen Kolonialamtes sowie der Kolonialregierung von British Guiana ist es mir vergönnt gewesen, meinen Wunsch zu erfüllen.

Ich bin im ganzen fünf Monate in British Guiana tätig gewesen. Das Lepraasyl Mahaica beherbergte zur Zeit meiner Anwesenheit 430 bis 440 Leprakranke, von denen ich im ganzen 111 — 69 männliche und 42 weibliche Patienten — längere Zeit hindurch habe behandeln können. Ich habe diese Patienten nicht etwa ausgesucht, sondern sie so genommen, wie sie sich mir darboten, so dafs ich in der Lage gewesen bin, nicht allein den Einflufs meiner Methode auf alle Formen der Lepra, sondern auch auf alle Grade der Erkrankung zu studieren. Unter den von mir behandelten Fällen befanden sich dementsprechend Kranke der allerschwersten Art, von denen wohl a priori anzunehmen war, dafs schon aus anatomischen Gründen eine wesentliche Besserung kaum zu erhoffen war.

Die Behandlung bestand lediglich in der Anwendung subcutaner Injektionen mit Benzoylnastin, die ausnahmslos nur einmal die Woche gemacht wurden, zuerst mit schwächeren Dosen beginnend und dann zu höheren Konzentrationen aufsteigend. Ausdrücklich betone ich, dafs alle anderen therapeutischen Eingriffe, zumal die Anwendung chirurgischer, kaustischer oder anderer äufserer Mittel grundsätzlich und streng von mir vermieden sind. Nicht etwa weil derartige Mafsregeln nicht unter Umständen von grofsem Wert für die Leprösen sein könnten, sondern weil ich dem Einwurf begegnen wollte, dafs etwaige von mir erzielte Besserungen nicht dem injizierten Mittel, sondern anderen therapeutischen Mafsnahmen zu danken sind.

Die Einspritzungen mit dem Mittel verursachen einen gewissen Schmerz, der nach wenigen Minuten verschwindet, erzeugen aber sonst, wenn sie lege artis ausgeführt werden, keinerlei Unannehmlichkeiten oder Schädigungen des Gewebes an der Injektionsstelle. Das hat sich auch bei meinen jetzigen Versuchen, bei denen mehr als 1500 Einspritzungen gemacht worden sind, auf der ganzen Linie bestätigt.

Ferner hat sich in vollstem Mafse bestätigt, dafs die von mir empfohlene Dosierung auf der einen Seite keine schweren und gefährlichen Reaktionen auslöst, auf der anderen Seite aber dem Mittel eine sehr befriedigende Wirksamkeit sichert. In der Tat sind während meiner Versuche in Mahaica nur in einigen wenigen, im ganzen in acht Fällen, leichtere Allgemeinreaktionen vorgekommen, die in keinem Falle einen gefahrdrohenden Charakter angenommen haben. Auch in dieser Hinsicht also dürfte die Methode in keiner Weise zu beanstanden sein.

Ich komme nun auf die klinischen Beobachtungen zu sprechen.

Während der Beobachtungszeit sind Verschlimmerungen des spezifisch leprösen Prozesses nicht vorgekommen. Nur eine Affektion macht davon, wenn auch vielleicht nur scheinbar, eine Ausnahme, das sind die bei der Lepra vorkommenden entzündlichen Vorgänge an den Augen, auf deren Bösartigkeit in bezug auf das Sehvermögen ich bereits früher hingewiesen habe. Ausdrücklich möchte ich hervorheben, dafs es sich nicht um eigentliche Augenleprome handelt. Solche echt leprösen Affektionen können vielmehr, so lange sie frei sind von entzündlichen Erscheinungen, sehr wohl durch die Nastintherapie zur Rückbildung kommen. Dagegen meine ich entzündliche Prozesse an der Hornhaut, Iris usw., die vielleicht zum grofsen Teil sekundärer, d. h. nicht rein lepröser Natur sind. Da das Nastin vor allem in gröfserer Konzentration entzündliche Reaktionen auslöst, so können bereits bestehende, entzündliche Veränderungen an den Augen durch das Nastin gesteigert werden und es kann zu einer vermehrten Gefährdung des Augenlichtes kommen. In solchen, zum Glück nicht allzu häufigen Fällen, befindet man sich in der Tat in einem unangenehmen Dilemma. Auf der einen Seite verlangt die Lepra des übrigen Körpers die Anwendung stärkerer Nastindosen, auf der anderen Seite verbietet die Augenerkrankung die Anwendung selbst der in der Praxis sonst üblichen Anfangsdosis. Ja, in manchen Fällen können die Augen so reizbar sein, dafs sich die Anwendung des Nastins auch in den minimalsten Konzentrationen von selber verbietet und in diesen Fällen kann ich nur dringend empfehlen, die Nastintherapie so lange auszusetzen, bis durch andere Mafsnahmen, vor allem durch operative Eingriffe im Auge (Iridektomie) das erkrankte Auge so weit von den entzündlichen Erscheinungen und der Gefahr des sekundären Glaukoms befreit ist, dafs nunmehr einer vorsichtigen Nastinbehandlung kein Hindernis mehr im Wege liegt.

Die Injektionen werden lediglich einmal die Woche gemacht; ich begann regelmäfsig mit 1 ccm Nastin B_1 mit Ausnahme der wenigen Fälle, bei denen eine entzündliche Augenaffektion vorlag, welche die Anwendung des sehr schwach konzentrierten Nastin B_0 erheischten. Ich konnte durchschnittlich nach fünf bis sechs Wochen zu der höheren, und wie mir schien, auch wirksameren Dosis Nastin B_2 übergehen. Bei einer Reihe von Patienten habe ich zum Schlufs der Behandlung noch höher konzentrierte Nastinlösung angewandt, ohne dafs dadurch therapeutisch wesentlich mehr erreicht oder die Reaktivität erheblich gesteigert wurde.

Meine Beobachtungen in British Guiana sprechen überhaupt dafür, dafs wir es doch im Prinzip mit einer immunisierenden Behandlung zu tun haben, wenigstens in dem Sinne, dafs allmählich eine Gewöhnung an das Mittel eintritt. Wenn auch diese Gewöhnung das Gute hat, dafs

gefährliche Reaktionen durch allmähliche Steigerungen vermieden werden, so geht doch andererseits daraus hervor, daſs es unzweckmäſsig ist, die Behandlung ohne Unterbrechung etwa durch viele Monate oder gar Jahre durchführen zu wollen, vielmehr wird es sich empfehlen, nach einer Behandlungsdauer von einigen, etwa drei Monaten, die Injektionen zu unterbrechen, und nach mehrmonatlicher Pause die Behandlung von neuem wieder aufzunehmen. Nicht allein die Theorie, sondern auch die Praxis hat mich schon seit längerer Zeit zu dem Ratschlag veranlaſst, der Nastinbehandlung die Form einer chronisch-intermittierenden Therapie analog der Quecksilberbehandlung der Lues zu geben.

Infolgedessen habe ich mich auch jetzt für verpflichtet gehalten, die Behandlung bei meinen Patienten in Mahaica nach 3—3½ Monaten abzubrechen.

Ich komme nunmehr auf die Resultate der Behandlung zu sprechen. Mir standen 81 überwiegend tuberöse Fälle zur Verfügung. Davon konnten bei 73 also in rund 90 % der Fälle Besserungen beobachtet werden. Von 30 Nervenfällen ist kein einziger ganz ohne Besserung geblieben. Im ganzen beträgt also die Prozentzahl an gebesserten Krankheitsfällen 92,8 %.

Wenn ich hier von Besserungen spreche, so ist es selbstverständlich, daſs in der kurzen Behandlungszeit von 3½ Monaten keine auch nur annähernd definitiven Resultate erreicht werden können. Bei einer so exquisit chronischen Erkrankung, wie es die Lepra ist, kommt es zweifellos auf eine sich über Jahre erstreckende Behandlung heraus. Die Behandlungsresultate sind daher ihrem Grade nach sehr verschieden. Die Verschiedenheit ist nicht allein abhängig von dem Alter und der Schwere der Erkrankung, sondern auch von der individuellen Beschaffenheit der Patienten. Ohne allen Zweifel gibt es Lepröse, die von vornherein aus noch unbekannten Gründen der Behandlung viel eher und prompter sich zugängig erweisen, als andere. Unter diesen Umständen darf es nicht wundern, daſs die Resultate keineswegs gleichmäſsig sind. Es gibt, wie gesagt, einige Fälle, die überhaupt keine deutliche Besserung gezeigt haben, bei anderen lieſsen sich die Besserungen nur durch ganz genaue vergleichende klinische und mikroskopische Untersuchungen feststellen. Von diesen gar nicht oder nur wenig gebesserten Fällen bis zu solchen, wo trotz der Kürze der Zeit eine vollständige, auf den ersten Blick auffallende Veränderung des ganzen Äuſsern des Patienten erzielt werden konnte, wurden die mannigfachsten Abstufungen beobachtet.

Am sinnfälligsten waren die Veränderungen naturgemäſs bei der tuberösen Form der Lepra. Ich konnte da abermals konstatieren, daſs bei dieser Form die eigentlichen Tubera oft durchaus nicht am ausgiebigsten beeinfluſst werden. Und zwar hängt das zum Teil wohl von einfachen anatomischen Verhältnissen ab; jedenfalls scheint mir das hervorzugehen

aus der vielfach wiederholten Beobachtung, dafs scharf umschriebene und harte Hautknoten sich sehr refraktär verhalten, dagegen mehr diffuse, weiche und weniger scharf abgesetzte Leprome und selbst ausgebreitete lepröse Infiltrationen bisweilen ungemein prompt auf die Behandlung reagieren und sich schnell zurückbilden können. Worauf aber die Behandlung am sichersten zu wirken schien, das sind die vor allem an den Extremitäten so häufigen tiefen Schwellungen, die in ihrer vorgeschrittenen Form zu den bekannten elephantiastischen Verdickungen der Glieder Anlafs geben. Diese tiefen Schwellungen, die ja doch den eigentlichen Sitz des leprösen Prozesses vorstellen — denn die Lepra ist zweifellos eine primäre Erkrankung des lymphatischen Systems und die Bildung der Leprome ist ein sekundärer Lokalisationsvorgang —, diese Schwellungen, sage ich, werden in der allergröfsten Mehrzahl der Fälle sehr günstig und manchmal in überraschender Weise beeinflufst. Aus dem Rückgang der spezifischen Schwellungen erklärt sich nicht allein die häufig beobachtete Volumenabnahme von Armen und Beinen, sondern auch eine totale, für den aufmerksamen Beobachter ungemein charakteristische Veränderung des Gesichts und des Gesichtsausdrucks. Das vorher gedunsene, pastös geschwollene und deshalb in der Breite ausgedehnte Gesicht, erhält vermöge der Behandlung wieder eine schlankere, d. h. längliche Form und dadurch ein viel ausdrucksvolleres und sozusagen menschlicheres Aussehen, selbst dann, wenn sich an den oberflächlichen Lepromen noch nicht allzuviel geändert hat.

Ein wichtiger Punkt, der vorwiegend bei der knotigen Form der Lepra in Frage kommt, mufs noch etwas eingehender besprochen werden, das ist die Wirkung der Nastintherapie auf die Leprabazillen. In früheren Arbeiten habe ich auseinandergesetzt, dafs das Nastin B in dem Sinne auf die Leprabazillen einwirkt, dafs es ihnen das zum Schutz dienende Fett entzieht und dadurch die Krankheitserreger zur Auflösung und Zerstörung durch die normalen bakteriolytischen Kräfte des Körpers vorbereitet. Das Nastin bewirkt also, wenn auch nicht direkt, so doch mittelbar, eine Bakteriolyse der Leprabazillen. Alle meine früheren Beobachtungen konnte ich nunmehr an der Hand von mehr als 1000 mikroskopischen Untersuchungen auf das Ausgiebigste bestätigen. Selbstverständlich spreche ich nur dann von Bakteriolysen, wenn in einem bestimmten leprösen Gebilde die Mehrzahl oder doch wenigstens ein hoher Prozentsatz der ja häufig in geradezu unfafslichen Mengen vorhandenen Erreger in charakteristischer Weise aufgelöst erscheint. Geringe Bakteriolysen findet man naturgemäfs auch bei nicht behandelten Fällen, und ich glaube, dafs diese spontane Bakteriolyse, ohne die ja auch eine spontane Rückbildung der Leprome nicht denkbar wäre, qualitativ dasselbe ist, wie die Nastinbakteriolyse, die sich von ihr nur quantitativ, d. h. durch Schnelligkeit

und Umfang unterscheidet. Ferner kann es natürlicherweise nach dreimonatlicher Behandlung keineswegs in allen Lepromen, häufig nur in einigen wenigen, jedenfalls stets nur zu einer partiellen Bakteriolyse gekommen sein. In diesem Stadium der Behandlung wird es vielfach noch bakteriolytisch unbeeinflußte Leprome geben, und ich glaube, das ist gut, denn wenn sich der bakteriolytische Prozeß in kurzer Zeit auf die sämtlichen Bazillen des kranken Körpers erstrecken würde, könnte es trotz der sonst so geringen Toxizität der Leprabazillen leicht geschehen, daß gefahrdrohende und selbst letale Symptome eintreten. Dieses vorausgeschickt, will ich bemerken, daß die Bakteriolysen in einem sehr hohen, meine Erwartungen übertreffenden Prozentverhältnis beobachtet werden konnten. Ich unterscheide da die Bakteriolyse in den eigentlichen Tubera und die analogen Prozesse bei den im Nasenschleim vorhandenen Leprabazillen und möchte bei dieser Gelegenheit die Mitteilung einflechten, daß bei meinen tuberösen Leprakranken die Bazillen in allen Fällen in der Nase gefunden werden konnten, bei den Nervenfällen dagegen nur sechsmal. In der Nase konnten nun in 27 Fällen, d. h. in 31 % der Fälle, in denen überhaupt Bazillen in der Nase gefunden wurden, Bakteriolyse beobachtet werden, in den Lepromen in 68 von 80 Fällen, mithin in 85 %.

Die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung sind also überaus günstig, und das umsomehr, wenn man bedenkt, daß erfahrungsgemäß die Leprabazillen in der Nase sich oft sehr lange Zeit, selbst mehrere Jahre halten können, auch in Fällen, die klinisch in der denkbar weitgehendsten Weise gebessert sind.

Bei den 30 anästhetischen Fällen ist ohne Ausnahme in jedem Falle eine objektiv nachweisbare Besserung eingetreten. Die Ergebnisse sind hier also so eindeutig, daß bei dieser Lepraform allein aus klinischen Gründen die Spezifizität des Mittels mit vollster Deutlichkeit erhellt, und zwar nicht nur durch die ausnahmslose Regelmäßigkeit der Erfolge, sondern auch durch das prompte Einsetzen und die zum Teil außerordentliche Ausdehnung der Besserungen. Es ist in ca. zehn Fällen, also in $^1/_3$ aller Fälle mit Sicherheit beobachtet worden, daß schon nach der zweiten oder dritten Injektion des Nastin B_1 deutliche Rückbildungen von anästhetischen oder anderen nervösen Symptomen zu konstatieren waren. Was nun den Grad und die Ausdehnung der Besserungen anlangt, so unterliegt das naturgemäß auch bei der Nervenlepra großen individuellen Schwankungen. Die Besserungen aber haben hier nicht den fast willkürlichen und regellosen Charakter wie bei der Knotenlepra, sondern man kann sich hier an der Hand der anamnestischen Angaben und des klinischen Befundes sehr wohl ein Bild davon machen, warum in dem einen Falle die Wirkung weitergehend und eklatanter ist, als in anderen

Fällen. Ein ganz wesentlicher Faktor in der Beziehung scheint mir das Alter und das Stadium der Erkrankung zu sein. In relativ frischen, d. h. nur wenige Jahre alten Fällen, gingen nicht selten Anästhesien von der allergröfsten und sich fast auf den ganzen Körper erstreckenden Ausdehnung mit überraschender Schnelligkeit zurück und verschwanden bis auf relativ kleine Bezirke völlig. Demgegenüber sind eine Reihe anderer Fälle vorgekommen von sehr viel längerem Bestand (durchschnittlich sechs bis zehn Jahre), wo selbst verhältnismäfsig wenig ausgebreitete Anästhesien im Laufe der Behandlung sich wohl in etwas besserten, doch nur in einem mehr oder minder beschränkten Mafse. Der Grund für diese mit dem Alter der Erkrankung gleichlaufenden Verschiedenheiten ist einfach. Wo eben Nervenfasern resp. Nervenzellen definitiv zerstört sind durch die Intensität und Dauer der leprösen Erkrankung, da kann von einer Wiederherstellung der Funktionen keine Rede sein. Was von Anästhesien gilt, läfst sich natürlich auch von anderen nervösen Ausfallssymptomen sagen, immerhin bleiben bei diesen die Besserungen im allgemeinen graduell hinter denjenigen der Anästhesien zurück und es scheint mir, als ob z. B. motorische Nervenbahnen vulnerabler sind und leichter der völligen Zerstörung durch den leprösen Prozefs anheimfallen. Trotzdem konnte ich in fast allen Fällen, wo es sich um Kontrakturen von Gelenken, um Lähmungen von motorischen Nerven usw. und dadurch bedingte Funktionsstörungen handelte, konstatieren, dafs im Laufe der Nastinbehandlung die Funktionen der geschädigten Glieder sich ganz deutlich gebessert haben. Auch rein trophische Störungen wurden sehr günstig beeinflufst, so z. B. die sonst geradezu jeder Therapie spottenden Mal perforans.

Schliefslich wirkte die Therapie auf die bei der Nervenlepra so häufigen Flecke der Haut durchweg prompt im Sinne der Rückbildung resp. der Wiederherstellung normaler Pigmentation ein.

Bakteriolytische Prozesse liefsen sich aus begreiflichen Gründen bei der Nervenlepra nur in den seltensten Fällen beobachten, dagegen sprachen die klinischen Beobachtungen so einwandsfrei für die spezifische Wirkung des Nastin, dafs wir bei dieser weit verbreiteten Form der Lepra, bei der z. B. eine äufsere Behandlung ja nicht in Frage kommen kann, in der Nastintherapie eine sehr wirksame Waffe in der Hand haben und ich zweifle nicht, dafs, wenn man nur frühzeitig und sachgemäfs Fälle von Nervenlepra mit Nastin behandelt, eine grofse Reihe dieser unglücklichen Menschen vor den drohenden Verstümmelungen und anderen schweren Läsionen bewahrt werden kann. Ja, ich glaube, dafs man nach längerer Nastinbehandlung nicht wenige der Nervenpatienten dem allgemeinen menschlichen Verkehr wird wiedergeben können, das um so eher, als die meisten von ihnen weder in der Nase, noch auf der Hautoberfläche Bazillen führen.

Wenn ich zum Schlufs das Facit ziehe aus meinen bisherigen Untersuchungen und Erfahrungen, so glaube ich alles in die folgenden beiden Sätze zusammenfassen zu können:

1. Das Nastin B ist ein spezifisches, d. h. direkt die Lepraerreger angreifendes Mittel.
2. Vermittelst der Nastintherapie, vorausgesetzt, dafs sie lange genug, konsequent und sachgemäfs durchgeführt wird, lassen sich in einem hohen Prozentsatz der Leprafälle mehr oder minder weitgehende Besserungen der leprösen Symptome, sowie des Allgemeinbefindens bei den Leprakranken erzielen.

Mit einem so gearteten Mittel ist uns aber, wie ich überzeugt bin, eine nicht zu verachtende Waffe im Kampf gegen die Lepra als Volksseuche in die Hand gegeben. Denn nicht um die Besserung und Heilung des Einzelfalls handelt es sich, das ist nicht das Problem, sondern es handelt sich darum, die furchtbare Krankheit nach Möglichkeit einzudämmen und die befallenen Länder von dieser Plage zu befreien. Nach dem jetzigen Stand unseres Wissens und Könnens ist da die staatliche Isolierung der Leprösen der einzig praktisch gangbare Weg. Dabei ist aber zu bedenken, dafs die Durchführung der Isolierungsmafsregeln, zumal in tropischen Ländern, auf Schwierigkeiten stöfst, die erst dann überwunden werden können, wenn man den internierten Kranken zugleich eine Behandlung angedeihen läfst, die auf der einen Seite Aussicht auf Erfolg verspricht, auf der anderen Seite auch ohne grofsen Apparat sich durchführen läfst. Ich für meine Person zweifle nicht daran, dafs mit der Nastinbehandlung in diesem Sinne sich schöne Resultate im Kampf gegen die Lepra werden erreichen lassen.

Ausscheidungsweise und Verträglichkeit des Sandelöls und seiner Derivate (besonders des Santyls).

Von

Dr. H. Vieth-Ludwigshafen und Dr. O. Ehrmann-Mannheim.

Die Balsamica haben bekanntlich vor der Ära der Silbertherapie jahrhundertelang in der Behandlung der Gonorrhoe eine grofse Rolle gespielt. Dafs sie eine Zeit lang nach Entdeckung des Gonococcus und der Ausbildung der Silbertherapie stark in den Hintergrund gedrängt werden konnten, lag wohl meist an den bekannten Nebenwirkungen der alten Balsamica, besonders des Copaivabalsams. Man hatte im Besitze einer wirksamen lokalen Therapie nicht mehr nötig, die Patienten dem Risiko

eines Copaivaexanthems, eines verdorbenen Magens und Nierenschmerzen auszusetzen. Die Wiederbelebung der Balsamtherapie ist daher in erster Linie der Einführung der neueren mit Hilfe von Sandelöl hergestellten Balsampräparate zu verdanken, denen jene unangenehmen Nebenwirkungen nicht mehr oder nur in geringem Maſse eigen sind. Zwar besitzt das ursprüngliche Sandelöl, wie es durch Destillation des Holzes von Santalum album erhalten wird, noch genug unangenehme Nebenwirkungen, doch bietet sich durch seine Zusammensetzung die Möglichkeit, chemische Veränderungen und Verbesserungen daran vorzunehmen. Schon das vor ca. zwölf Jahren durch Entfernung des stärker reizenden Terpens aus dem Sandelöl dargestellte Gonorol war der erste Fortschritt in dieser Richtung. Einige Jahre später konnte der eine von uns zeigen, daſs dem Sandelöl seine reizenden Eigenschaften dadurch völlig genommen werden konnten, daſs die in seinem Molekül befindliche Hydroxylgruppe maskiert, d. h. chemisch gebunden wurde. Auf diese Weise wurde eine ganze Anzahl von neutralen Estern und Äthern des Santalols hergestellt und vergleichsweise von verschiedenen Seiten an einem zahlreichen Krankenmateriale geprüft. Auf Grund dieser Untersuchungen hatten wir seinerzeit die Salicylsäureverbindung des Sandelöls als die geeignetste ausgesucht und unter dem Namen Santyl in die Therapie eingeführt. Es ist in den letzten Jahren eine groſse Reihe Publikationen in der Fachpresse erschienen, die die prompte uud reizlose Wirkung des Santyls bestätigten, so daſs sich unsere ursprünglichen Angaben als vollkommen richtig erwiesen haben.

Wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, kann man natürlich auſser der Salicylsäureverbindung auch andere Derivate des Sandelöls benutzen. So wurden auf Grund des von uns aufgestellten Prinzipes der Bindung der freien Hydroxylgruppe neuerdings noch einige ähnliche Derivate des Sandelöls in die Therapie eingeführt, nämlich der Kohlensäureester unter dem Namen Blenal, der Methyläther unter dem Namen Thyresol und der Allophansäureester unter dem Namen Allosan. Alle diese Substanzen zeigen, wie vorauszusehen, vor dem gewöhnlichen Sandelöl den Vorzug, daſs sie weniger reizen als dieses. Sie unterscheiden sich hauptsächlich durch äuſsere Eigenschaften, so ist der Allophansäureester z. B. pulverförmig.

Was den Methyläther betrifft, so hatten wir ihn von vornherein seines schlechten Geschmackes wegen für ungeeignet gehalten. Er ist aber neuerdings von anderer Seite in die Therapie eingeführt worden unter der Begründung, daſs er aus theoretischen Gründen besser vertragen werden müsse, als die Ester, da er im Reagenzglase kein freies Santalol abspalte. Dieser Schluſs ist aus zwei Gründen falsch. Was zunächst die Verträglichkeit für den Magen betrifft, so tritt im Magen, wie allgemein bekannt, weder bei den Äthern noch bei den Estern eine Spaltung ein, es können

also im Magen nur die unveränderten Substanzen zur Wirkung kommen. Nimmt man nun die verschiedenen Präparate in reiner Form ohne Kapseln ein, so wird man sich schon durch den bloßen Geschmack und das bald erfolgende Aufstoßen überzeugen, daß der Methyläther am wenigsten indifferent ist. Auch die Prüfung am Kaninchenauge auf Reizwirkung ergibt das gleiche Resultat. Was die Verträglichkeit für die Nieren betrifft, so sind hier die Ausscheidungsprodukte maßgebend, in denen die Substanzen im Urin erscheinen. Das gewöhnliche Sandelöl wird bekanntlich größtenteils in Form von sogenannten Harzsäuren und Glycuronsäuren ausgeschieden, von denen wir schon früher nachgewiesen haben, daß sie leicht reizend wirken. Bei den oben genannten Derivaten des Sandelöls mit gebundenem Hydroxyl, den Estern sowohl wie den Äthern, findet aber nur minimale Harzsäurebildung statt, sie werden wesentlich in anderer Form ausgeschieden.

Diese interessante und man kann wohl sagen überraschende Tatsache wurde zuerst ebenfalls bei dem Prototyp dieser Gruppe, dem Santyl, beobachtet und in eingehender Weise von dem italienischen Pharmakologen Professor Luzatto im Verlaufe seiner Arbeiten über Synthesen im Organismus untersucht. Dieser Forscher fand, daß nach Verabreichung von Santyl die Umwandlungsprodukte desselben mehr an Schwefelsäure und besonders an Glycocoll gebunden im Urin erscheinen. Aus diesen Untersuchungen geht mit Sicherheit hervor, daß die Aufspaltung des Santyls im Organismus nicht durch einfache Verseifung unter Regeneration von Santalol erfolgt, wie dies im Reagenzglase bei Anwendung so starker Agentien wie alkoholische Ätzkalilauge der Fall ist, sondern daß die Spaltung mehr eine oxydative ist, wobei das Santalol in oxydierte, nicht reizende Produkte übergeführt wird. Hierdurch wurde der von uns praktisch schon vor mehreren Jahren erwiesenen Tatsache, daß die Ester des Sandelöls im Gegensatz zum unveränderten Öl die Nieren nicht reizen, eine neue chemisch-pharmakologische Grundlage gegeben.

Wir hatten seinerzeit, wie dies an anderer Stelle beschrieben[1], um die Wirkung der nach Einnahme von gewöhnlichem Sandelöl im Urin auftretenden gepaarten Santalharzsäure und -Glykuronsäure kennen zu lernen, die in gewissem Sinne ähnlich zusammengesetzte, leicht darzustellende gepaarte Santalolphthalsäure untersucht und hierbei eine Reizwirkung beobachtet. Versuche zur künstlichen Darstellung von mit Santalol gepaarten Glycocollverbindungen, wie sie nach Luzattos Untersuchungen nach Santyl im Harn auftreten, sind bisher nicht geglückt. Wir haben nun, um diese Frage nach der Ursache der Reizwirkung der Balsamica weiter

[1] Vieth, Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamica. *Medizinische Klinik.* 1906, Nr. 47.

pharmakologisch prüfen zu können, die im Harn erscheinenden Umwandlungsprodukte direkt zu extrahieren versucht. Es hat sich dabei zunächst gezeigt, daſs die balsamischen Ausscheidungsprodukte entgegen unserer früheren Annahme beim Kaninchen nicht identisch sind mit denen beim Menschen. Beim Herbivoren erfolgt die Umwandlung auch der Derivate des Sandelöls mehr im Sinne der Harzsäurebildung. Hingegen kann nach Santyl beim Menschen meist überhaupt keine Harzsäure durch Zusatz von Salzsäure nachgewiesen werden, wie dies bekanntlich nach Sandelöleinnahme reichlich der Fall ist, während beim Kaninchen in beiden Fällen mehr oder weniger Harzsäurebildung stattfindet. Die Versuche müssen daher am Menschen gemacht werden, was die Untersuchung naturgemäſs sehr erschwert. Trotzdem haben wir in gröſserem Maſsstabe die Umwandlungsprodukte aus menschlichem Harn durch Extraktion hergestellt und haben mit den erhaltenen Extrakten Harnröhrenspülungen sowie Tierversuche angestellt.

Wir hatten dabei den Eindruck, daſs die aus Sandelölharn isolierten Substanzen am Kaninchenauge leichter reizten als die aus Santylharn isolierten. Die Schwierigkeiten der Reindarstellung dieser Substanzen aus dem menschlichen Harne waren jedoch zu groſs, um genügende Mengen für ein einigermaſsen sicheres Urteil besonders auch über die therapeutischen Versuche gewinnen zu können. Die pharmakologischen Untersuchungen, die die Ergebnisse der klinischen Prüfung uns verständlich machen sollten, müssen daher zunächst noch weiter fortgesetzt werden. Was die Tatsache selbst betrifft, so ist ja, wie bereits erwähnt, durch zahlreiche direkte Vergleichsversuche bei denselben Personen zweifellos festgestellt, daſs die Ester vom Typ des Santyls auch dann gut vertragen wurden, wenn gewöhnliches Santelöl Nierenreizung hervorrief. Die Frage, ob reizlose Balsamica mit voller therapeutischer Wirkung existieren, ist also für die Praxis in positivem Sinne gelöst.

Verschiedene Darreichungsformen der Balsamica als Tropfen, Kapseln oder Tabletten und deren Resorption.

Die Art der Verabreichung der Balsamica spielt in der Praxis oft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Das gewöhnliche Sandelöl kann man bekanntlich seines stark reizenden Geschmackes wegen nur sehr schlecht in Tropfenform einnehmen, man gibt es deshalb allgemein in Kapseln, wobei freilich die Reizwirkung auf Verdauungskanal und Nieren bestehen bleibt. Die bequeme Form der Kapseln ist wohl der Grund gewesen, weshalb andere Formen der Darreichung, wie sie früher vielfach für Copaivabalsam angewendet wurden, mehr oder weniger in Vergessenheit geraten sind, und doch sind diese verschiedenen Zubereitungen wie z. B. Emulsionen, Lösungen, Pillen oder Pulver in mehreren Fällen recht zweckmäſsig, besonders wenn es sich um

Darreichung an empfindliche Personen, an Frauen und Kinder handelt. Eine Zusammenstellung solcher Rezepte findet sich in HAGERS pharmaceutischem Handlexikon beim Artikel Copaivabalsam. Besonders üblich war früher die Darreichung der Balsamica in Pillenform, welche mit Hilfe von Magnesia carbonica hergestellt wurden. Diese alten, mit Magnesia carbonica hergestellten Pillen sind neuerdings wieder zu Ehren gekommen, indem man das Thyresol, den Methyläther des Santalols in solche Tabletten verwandelt hat. Natürlich steht dem nichts im Wege, auch andere Balsampräparate in eine derartige Form zu bringen. Man kann so ohne weiteres durch Mischen gleicher Teile Balsamicum und Magnesia carbonica eine trockene Masse darstellen, die sich leicht zu Tabletten schlagen läfst. Für das gewöhnliche Sandelöl ist die Tablettenform des stark reizenden Geschmackes wegen ungeeignet, hingegen eignet sie sich gut für Santyl.

Die Santyltabletten, welche neuerdings in den Handel gebracht werden, sind 1 g schwer und enthalten je 0,4 g Magnes. carb. und Santyl nebst einem Zusatz von 0,2 g Zucker. Die Tabletten werden beim Einnehmen zerkaut und mit etwas Milch, Kaffee oder Wasser geschluckt.

Was nun die therapeutische Wirkung dieser Form der Darreichung der Balsamica betrifft, so wird natürlich keine andere Wirkung erzielt werden als bei Verabreichung von Kapseln und Tropfen, vorausgesetzt, dafs die Resorption in gleicher Weise erfolgt. Über die Resorption der Santyltabletten haben wir einige exakte Versuche an uns selbst angestellt, indem wir die nach Einnehmen von Santyl im Harn auftretende Salicylsäure durch Zusatz von Eisenchlorid, das die bekannte violette Farbenreaktion hervorruft, bestimmten.

Um bei dieser Bestimmung genaue Vergleichswerte zu bekommen, ist es nötig, den Harn mit Äther auszuschütteln und die Ätherlösungen zu vergleichen. Wir verfuhren folgendermafsen: An einem Tage nahmen drei Personen je zwei Santyltabletten à 0,4 Santyl, wobei beachtet wurde, dafs die Flüssigkeitsmengen, die diese Personen zu sich nahmen, ungefähr die gleichen waren. Der Harn wurde darauf 24 Stunden sorgfältig gesammelt. Zwei Tage später nahmen dieselben Personen je zwei Santylkapseln und sammelten wieder den Harn 24 Stunden lang. Der zwanzigste Teil des jedesmaligen Harnes einer jeden Versuchsperson wurde nun zweimal mit je 35 ccm Äther fünf Minuten lang ausgeschwenkt unter Beseitigung der Emulsion mittels einiger Tropfen Alkohol. Von der erhaltenen ätherischen Lösung wurde der dritte Teil mit 20 ccm Wasser unter Zugabe von drei Tropfen 3%iger Eisenchloridlösung geschüttelt. Das Wasser nahm dann die Violettfärbung an, die zum Vergleich diente.

Es zeigte sich, dafs im allgemeinen die Resorption aus den Tabletten etwa ebensogut sich vollzieht, wie aus den Kapseln. Der höchste Resorptionsquotient wurde jedoch bei der unverhüllten und ungebundenen

Form der Tropfen erreicht. Zur Darreichung in Tropfen eignet sich ja auch, wie wir schon in unseren früheren Publikationen betont haben, das Santyl mehr als die anderen Balsamica, da es durch seinen geringen Geruch und Geschmack die Patienten nicht belästigt.

Es erübrigt noch einige Worte über das bei den Tabletten verwendete Bindemittel zu sagen. Es lassen sich natürlich verschiedene Bindemittel zur Einhüllung öliger und fettiger Substanzen verwenden. Den Dermato-Therapeuten würden sich in erster Linie wegen ihrer Kapillarattraktion usw. Bolus alba und Terra silicea empfehlen, die ja zu Pasten aller Art vielfach angewandt werden. Unsere Versuche zeigten, daſs für diese Zwecke Bolus alba ungeeignet war, hingegen lieſsen sich mit Terra silicea vorzügliche Öl- resp. Balsamtabletten herstellen, die bei sorgfältiger Absiebung der Kieselerde auch keinerlei Sandgeschmack aufwiesen, und sich daher gut einnehmen lieſsen. Schlieſslich sind wir aber doch bei den Magnesiatabletten geblieben und zwar der leicht laxierenden Nebenwirkung wegen, die bekanntlich bei vielen Gonorrhoikern nicht unerwünscht ist.

Da es in manchen Fällen nötig ist, zur Erzielung der gewünschten Balsamwirkung bis zu beträchtlicher Höhe der Dosierung überzugehen, wurden auch von den Tabletten bei einer gröſseren Anzahl von Fällen bis zu dreimal fünf Stück pro die verabreicht ohne Reizerscheinungen irgendwelcher Art zu konstatieren. Ein einziger Patient gab an, daſs er nach den Tabletten Durchfall bekommen hätte, während alle anderen nur eine gewünschte Erleichterung des Stuhlgangs bemerkten, oder die abführende Wirkung zu schwach war, um überhaupt bemerkt zu werden.

Die Tabletten wurden bei Gonorrhoikern im allgemeinen neben einer entsprechenden Lokalbehandlung verwandt. Die Wirkung äuſserte sich in der bekannten Weise besonders in der Besserung der subjektiven Beschwerden.

Als normale Dosis verabreicht man viermal täglich zwei Tabletten. Die Tabletten sind in Glasröhrchen mit je 15 Stück zum Preise von 1 Mark in den Apotheken erhältlich. Der Inhalt eines Röhrchens ist vom Patienten in zwei Tagen aufzubrauchen.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10./23. Oktober 1909.

Originalbericht von ARTHUR JORDAN.

1. SAWELJEW (Gast) stellte den bereits am 12./25. April demonstrierten Fall von **Mykosis fungoides** (cf. *diese Monatsh.* Bd. 48, S. 552) nochmals, aber bedeutend gebessert vor. Die Behandlung hat in Röntgenisation und in teils subcutaner, teils innerer Anwendung von Arsenik bestanden.

Diskussion: LICHAREW fragt nach dem Gewicht und dem subjektiven Befinden des Kranken.

SAWELJEW erwidert, das Gewicht habe um $6^1/_2$ Pfund zugenommen, das subjektive Befinden sei gut, da Patient kein Jucken verspüre und gut schlafe.

KRASSNOGLASOW konnte in einem seiner Fälle auch Besserung durch die Röntgenstrahlen beobachten, findet aber in diesem Falle das Resultat der Behandlung ideal. Er erkundigt sich näher nach der Dauer und Stärke der Bestrahlung.

BOGROW, welcher die Bestrahlung vorgenommen hat, gibt an, daſs im ganzen 15 Sitzungen von etwa $2^1/_2$ Minuten Dauer stattgefunden haben, daſs aber die Dauer der Sitzung nur von der jeweiligen Anschauung des Bestrahlers abhängt. Er bestrahlte mit mittelstarker Röhre einmalig, bei kleiner Dosis (Epilationswirkung und noch schwächer), da er ganz der Ansicht von PALTAUF ist, daſs bei Mykosis fungoides möglichst kleine Dosen am besten wirken.

KRASSNOGLASOW fragt, ob auch Blutungen nach der Bestrahlung beobachtet wurden.

BOGROW verneint es.

DOKUTSCHAJEW wünscht Auskunft über den Urinbefund vor und nach der Bestrahlung.

SAWELJEW erwidert, daſs zwar nicht gerade vor und nach den Beobachtungen Urinuntersuchungen vorgenommen worden sind, daſs aber mehrfache Urinuntersuchungen keine besonderen Veränderungen ergeben haben.

BOGROW meint, daſs in diesem Falle auch keine besonderen Veränderungen zu erwarten sind, da das Blut keine Zunahme der weiſsen Blutkörperchen zeigt.

POSPELOW bemerkt im Schluſswort, daſs dieses nicht der einzige in der Gesellschaft vorgestellte Fall von Besserung der Mykosis fungoides durch Röntgenstrahlen ist, daſs aber in diesem Falle eine ganz besonders deutliche Besserung zu konstatieren ist, die vielleicht auf die kombinierte Wirkung von Röntgenbestrahlung und Arsenik zurückzuführen ist. Auf Grund dieser einen Beobachtung läſst sich das nicht feststellen. Arsenik allein ist bei Mykosis fungoides wirkungslos.

2. BOGROW demonstriert einen 30jährigen Mann mit **Cutis verticis gyrata.** Der Kranke hat vor zwei Jahren ein schweres Erysipel des behaarten Kopfes durchgemacht und leidet seit einem Jahre an Alopecia areata universalis. Auf dem Kopfe sieht man einige längs verlaufende Hautwülste, die aber bei seitlichem Zusammenpressen der Kopfhaut noch zahlreicher und deutlicher hervortreten. Der Fall erinnert an den von POSPELOW beschriebenen Fall. BOGROW ist der Ansicht, daſs diese Hautveränderung auf hereditärer Anlage beruht, die hier nach Auftreten der Alopecia areata zutage getreten ist.

Pospelow, welcher dieser Hauterscheinung ein hohes Interesse entgegenbringt, nimmt an, dafs dieselbe nur bei Personen, deren Haut dazu disponiert ist, auftritt, dafs dieselbe aber durch irgendeine Hautkrankheit, wie Ekzem, Erysipel, auch Syphilis, hervorgerufen werden kann.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 10.

1. **Über idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leukoplakia penis**, von Victor Pflanz-Rostock. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Beiträge zur Lebensdauer der Spirochaeta pallida,** von Hertmanni-Frankfurt a. M. H. hat durch eine Reihe von Untersuchungen festgestellt, dafs kurzdauernde Einwirkung auch ganz schwacher Desinfizientien ebenso wie der blofse Vorgang des Erkrankens die Spirochaeta pallida dauernd bewegungslos macht, also wohl zum Absterben bringt. Das Licht scheint die Spirochäten nur bei sehr langer Einwirkung abzutöten; für die lange Dauer des Austrocknungsprozesses kommt eine Lichtschädigung nicht in Betracht. Die Tatsache, dafs die Spirochäten beim Eintrocknen absterben, bringt eine Erklärung dafür, dafs indirekte Syphilisübertragungen so selten sind, sie gibt aufserdem Fingerzeige für die Hygiene des täglichen Lebens.

Auch die von anderen Autoren gemachten Untersuchungen, über die H. eingangs seiner Arbeit kurz berichtet, beweisen, dafs das syphilitische Virus aufserhalb des Körpers nicht sehr widerstandsfähig ist. Temperaturen von über 45° C. töten die Spirochaeta pallida in einer halben Stunde, die gebräuchlichen Antiseptika vernichten sie momentan; in feuchtem Zustande kann sie sich unter günstigen Bedingungen allerdings einige Wochen erhalten.

3. **Über die Behandlung von Syphilis mit Mergandol (einem löslichen Hg-Präparat)**, von H. J. Schlasberg-Stockholm. Schl. hat das von H. Mayer (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 46) aufs wärmste empfohlene Mergandol, ein neues lösliches Hg-Präparat, bei 20 Syphilitikern zur Anwendung gebracht, aber keine sehr befriedigenden Resultate damit erzielt. In den von Mayer beobachteten Fällen waren die vorhandenen Haut- und Schleimhautaffektionen durchschnittlich nach drei Injektionen (à 2 ccm Mergandol 0,007 Hg enthaltend) verschwunden; Schl. dagegen stellte fest, dafs Symptomfreiheit bei Mergandolinjektionen später eintritt als bei Anwendung anderer Hg-Präparate. Während ferner Mayer die Schmerzlosigkeit der Mergandoleinspritzungen sowie das Ausbleiben von Infiltrat- und Abscefsbildung hervorhebt, klagte mindestens die Hälfte der Patienten Schl.s über länger oder kürzer dauernde Schmerzen an der Injektionsstelle. Auch Infiltratbildung wurde in vielen Fällen beobachtet, doch kam es nie zur Abscedierung; die Infiltrate gelangten stets zur Resorption, ohne nachweisbare Veränderungen zu hinterlassen. Üble Nebenwirkungen hat Schl. ebenso wie Mayer nie beobachtet. Von fünf Patienten, die nach Abschlufs der Behandlung wieder zur Untersuchung kamen, wiesen vier schon nach 9—30 Tagen Rezidive auf. Nach alledem ist das Mergandol ein recht schwaches Präparat, das in der vorgeschlagenen Dosierung mit den gewöhnlich angewendeten löslichen Hg-Präparaten nicht konkurrieren kann; als Bereicherung unserer Hg-Therapie vermag Schl. das Mittel nicht anzusehen.

Nach den ursprünglichen Angaben soll Mergandol eine Lösung von Quecksilbernatriumglycerat in Glycerin sein. Das ist jedoch nach einer Mitteilung ZERNIKS in der *Pharmazeutischen Zentralhalle* (1909. Nr. 7) nicht richtig; Mergandol ist vielmehr eine Lösung von 0,5 Quecksilberchlorid + 0,1 Natriumchlorid in 100 g wasserhaltigem Glycerin, also eine schwache Sublimatlösung mit dem gewöhnlichen Zusatz von Chlornatrium, im Kubikzentimeter 4,4 mg Hg enthaltend.

4. **Beiträge zur Kenntnis des Lichen nitidus,** von G. ARNDT-Berlin. (Heft 9 und 10.) A. hat zwölf Fälle von Lichen nitidus beobachtet und in neun Fällen histologische Untersuchungen vorgenommen und teilt hier die klinischen und mikroskopischen Befunde im einzelnen ausführlich mit. In einem der Fälle, deren klinisches Bild im übrigen der von PINKUS gegebenen Beschreibung durchaus entsprach, war auch die Wangenschleimhaut erkrankt; sie wies kleinste, bis stecknadelkopfgroſse, grauweiſsliche, gegen die Umgebung scharf abgesetzte, flachhalbkugelige Knötchen auf, die von den primären Knötchen eines Lichen planus der Schleimhaut nicht zu unterscheiden waren; an der Umschlagstelle der Schleimhaut des Processus alveolaris der rechten Unterkieferhälfte auf der Wange fanden sich feinste, streifenförmige, weiſsliche Einlagerungen. PINKUS hat eine Beteiligung der Wangenschleimhaut in keinem seiner Fälle gesehen.

Im Anschluſs an die Beschreibung der einzelnen Beobachtungen bespricht A. die klinische und histologische Differentialdiagnose des Lichen nitidus, besonders gegenüber dem Lichen ruber planus. Ätiologie und Pathogenese der Affektion sind vollständig unbekannt. Die histologische Struktur der Knötchen, die der Struktur der infektiösen Granulationsgeschwülste entspricht, deutet darauf hin, daſs die Krankheit durch einen Mikroorganismus verursacht wird. Doch haben bis jetzt alle diesbezüglichen Untersuchungen ein völlig negatives Resultat ergeben. Die Hypothese, daſs es sich um eine abgeschwächte atypische Form von Hauttuberkulose, um ein Tuberkulid handeln könne, entbehrt, vorläufig wenigstens, jeder Grundlage. *Götz-München.*

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1909.

Ein kurzer Überblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Bakteriologie und pathologische Anatomie der Lepra, von J. M. H. MACLEOD-London. M. eröffnete mit diesem Vortrag die Diskussion über die pathologische Anatomie der Lepra auf der II. Internationalen Leprakonferenz (Bergen, 16. bis 19. August 1909). Was den Leprabacillus betrifft, so erklärt er dessen Spezifität als ebenso feststehend als jene der Malariaplasmodien oder der Recurrensspirillen; durch die Fortschritte in den Methoden der Färbung gelang es, festzustellen, daſs ein groſser Prozentsatz der Bazillen in den Geweben abgestorben sind und selbst in jungen, neugebildeten Lepromen tote Bazillen vorkommen, während in älteren Läsionen die Mehrzahl der Bazillen tot sind. Ein geeigneter Nährboden zur Reinkultur des Leprabacillus ist bis jetzt noch nicht gefunden, aber auch der Beweis nicht erbracht worden, daſs er auf zersetzter organischer Substanz, wie faulen Fischen, Fleisch, Reis, oder im Boden eine saprophytische Existenz führen kann. Diese Tatsache allein ist für MACLEOD genügend, um die Theorie, als hänge Lepra vom Genusse fauler Fische usw. ab, als unhaltbar zu erklären. Die zahlreichen Impfversuche, welche an verschiedenen Tieren, wie besonders Affen, Kaninchen, Meerschweinchen, auf verschiedenen Wegen ausgeführt wurden, haben bis jetzt immer nur negatives Resultat ergeben. Was die Eintrittswege des Leprabacillus in den menschlichen Organismus betrifft, so hält Verfasser Nasenschleimhaut und die oberen Atemwege für die häufigste Eingangs-

pforte, was auch dadurch bestätigt würde, daſs Nasensymptome zu den frühesten Erscheinungen der Krankheit gehören (Rhinitis, Ozaena, chronische Coryza, Epistaxis, Leprome in der Nasenschleimhaut). Durch die Haut, speziell wenn durch Trauma das Stratum corneum lädiert oder irgendeine Dermatitis vorhanden ist, ferner durch die Geschlechtsorgane (von Lepromen an Penis oder Vagina) kann ebenfalls der Leprabacillus in den Organismus eintreten. Nachdem er Eingang gefunden, kann er sich in ausgedehntem Maſse über gewisse Organe und Gewebe des Körpers verbreiten — Haut, Augen, Schleimhäute, Lymphdrüsen, periphere Nerven und innere Organe. Muskel, Knochen und Gelenke werden nicht befallen. Ob die Annahme begründet ist, daſs die zwei Hauptformen der Lepra — maculo-anästhetische und noduläre — von qualitativer Verschiedenheit in der Virulenz der Bazillen abhängen, möchte MACLEOD unentschieden lassen. Nach kurzer Beschreibung der Symptome, wie sie bei den Lokalisationen der Lepra in den einzelnen Organen sich zeigen, hebt er zum Schlusse noch die Wichtigkeit der Assoziation der Lepra mit anderen Krankheiten und deren Diagnose hervor, da viele Miſsgriffe dadurch entstanden seien, daſs jedes Symptom bei Leprakranken als durch den Leprabacillus verursacht angenommen wurde. Psoriasis und Lepra können z. B. zusammen vorkommen, ebenso wie gleichzeitig bestehende Lepra und Syphilis, wenn auch selten, beobachtet wurden.

Herpes febrilis an den Fingern, von H. G. ADAMSON. Wiewohl Herpes febrilis gewöhnlich nur solche Hautstellen befällt, wo die Haut in Schleimhaut übergeht, werden doch zuweilen Fälle an Hautstellen beobachtet, wo dieselben nicht mit Schleimhaut in Beziehung stehen, wie an den Wangen, Nacken, Gesäſs, und zwar immer wieder an denselben Stellen vorkommend. Herpes febrilis der Finger ist jedoch eine bis jetzt noch nicht beschriebene Lokalisation, und so bringt A. eine kurze Beschreibung von vier derartigen Fällen, wo bei Kindern im Alter von vier bis neun Jahren im Anschluſs an Erkältungskrankheiten (Pneumonie usw.), hauptsächlich an der Dorsalfläche der Finger, Herpeseruptionen vorkommen; in zweien der Fälle handelte es sich um wiederholten Ausbruch der Eruption und in einem war auch gleichzeitig Herpes an den Lippen vorhanden. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Oktober 1909.

Die Zunahme einiger ansteckender Krankheiten im Gefolge der groſsen Feuersbrunst zu San Francisco, von DOUGLASS W. MONTGOMERY und HOWARD MORROW-San Francisko. Im Folgenden beschränken sich Verfasser auf Impetigo contagiosa, Typhus und Pest, da sie nach der groſsen Feuersbrunst in Ätiologie und ihren gegenseitigen Beziehungen einige bemerkenswerte Punkte boten. Während Impetigo contagiosa bisher vorzüglich als eine Krankheit des Kindesalters angesehen wurde, waren in der Zeit von Mai 1906 bis Ende Juni 1908 bei Erwachsenen 95 und bei Kindern nur 27 Fälle zur Beobachtung gekommen. Zugleich mit der Zunahme an Impetigofällen fand auch eine solche an Typhus- und Pestfällen statt: vom April 1906, der Zeit des Feuerausbruches, bis Ende Dezember 1906, also für die Zeit von acht Monaten, wurden über 1250 Fälle von Typhus berichtet und viele Fälle blieben jedenfalls unangemeldet. Während der folgenden sechs Monate kamen weniger als 200 Fälle vor, obwohl die hygienische Aufsicht eine strengere war, die Wasser- und Milchversorgung strenge beaufsichtigt wurde u. a. m. Bei dem negativen Resultate, mit welchem diese Untersuchungen begleitet waren, kamen die Sanitätsbehörden zu der zwingenden Annahme, daſs die Verbreitung des Typhus sowohl wie anderer Infektionen durch Fliegen stattfinde. Auch bezüglich des Pemphigus kamen Verfasser

zu dem Schlusse, daſs es sich in vielen Fällen um eine durch Fliegen verursachte also nicht eine direkt infektiöse Krankheit, sondern indirekte Übertragung der Streptokokken handle. Es sei nur noch erwähnt, daſs auch die Pestfälle, welche von Mai 1907, wo die Epidemie plötzlich ausbrach, bis Februar 1908 die Zahl von 160 erreichten, mit energischer Bekämpfung der Ursachen (Rattenvertilgung) beinahe völlig aufhörten.

Akuter septischer Pemphigus, von Joseph Grindon-St. Louis. In dem von Gr. beobachteten Falle handelte es sich um einen 33jährigen Mann, der acht Tage nach Beginn der Blaseneruption in ärztliche Behandlung kam und neun Wochen später an allgemeiner Sepsis verstarb. Die Blasen waren besonders an der Bauchhaut, am Nacken, an den Schultern, Gesäſs, hinteren Flächen der Arme und auch im Gesicht vorhanden und führten späterhin zu ausgedehnten geschwürigen Flächen. Fieber war gering (bis 38°), allgemeine Schwäche, Delirien, Brechreizung. Es scheint also, daſs es wirkliche Fälle von Pemphigus circinatus gibt, die einen rasch progressiven Verlauf und schlieſslich tödliches Ende haben. In der Literatur finden sich noch einige ähnliche Fälle, die aber sich meist auf ganz kleine Kinder beschränken. Mit sechs Abbildungen über den vorliegenden Fall.

Zwei Fälle von Bromeruption, fälschlich für Blastomykosis gehalten, von Oliver S. Ormsby-Chicago. O. beobachtete drei derartige Fälle, welche zwei weibliche (im Alter von 7 und 29 Jahren) und einen 16jährigen männlichen Patienten betrafen. Die Hautveränderungen saſsen bei den zwei ersten Fällen ausschlieſslich an den Beinen, bei dem letztgenannten auch an Armen, Gesäſs und Stirne. Zur Zeit der Untersuchung war an den Effloreszenzen im Zentrum, welches groſse bräunlichrote atrophische Stellen zeigte, beginnende Resolution zu konstatieren; die erhabenen Ränder waren papulopustulös und mit Krusten bedeckt, umgeben von einer blau- oder blaſsroten Zone, in welcher viele miliare Pusteln vorhanden waren. Diese Pusteln waren mehr oberflächlich, gröſsere Unregelmäſsigkeit in ihrer Gestaltung vorhanden und ihr Inhalt mehr milchartig, wie bei ähnlichen Veränderungen von Blastomykosis. Das Bromexanthem zeigt in den früheren Stadien mehr aktiv entzündliche Erscheinungen, aber später hat es in dieser Beziehung groſse Ähnlichkeit mit Blastomykosis, so daſs beide Zustände tatsächlich leicht verwechselt werden können. Es erscheint daher wichtig, in jedem auf Blastomykosis verdächtigen Falle, in welchem Bromsalze verordnet worden sind, den positiven Nachweis der ursächlichen Mikroorganismen (Blastomyceten) zu führen, bevor endgültige Schlüsse gezogen werden.

Stern-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 16.

Enthält keine Originalien. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verhandlungen der Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jahrg. 20. Nr. 5. (Mai 1909.)

Extrasitzung vom 18. März 1909.

Seltene, trichophytieartige Affektion der Kopfhaut: Folliculitis decalvans mit den Erscheinungen einer Akne pilaris, kompliziert mit Furunkulose, von Gastou und Payenneville. Nach dem Überstehen einer mäſsigen Furunkulose am Kopfe bot ein 47jähriger Patient einige kerionartige Stellen dar. An den extrahierten Haaren fand man scheidenartig angehäufte Epidermiszellen mit Ansammlungen von Staphylokokken in den Zwischenräumen.

Über das Vorkommen von Hefepilzen bei zwei Fällen von Onychomykose von trichophytärem Aussehen, von Gastou und Loiselet. Bei einem 17jährigen Burschen und einer 54jährigen Dame ergab die bakteriologische Untersuchung der etwa ein bis zwei Jahre lang bestandenen Nagelaffektion Hefepilze, welche auch bei weiterer Züchtung kein Myzel entwickelten.

Zwei Fälle von schwarzer Zunge nach dem Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd zum Mundspülen; Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung, von Gastou und Loiselet. Neben irrelevanten Staphylokokken usw. fanden Verfasser einen Hefepilz, den sie in Reinkultur züchten konnten, und den sie mit Vorbehalt für die Schwarzfärbung verantwortlich zu machen geneigt sind.

Polymorphe Akne mit strahlenförmiger Lokalisierung, von J. Nicolas und C. Laurent. Ein 23jähriger kräftiger Mann bot im Anschluſs an eine beim Ringkampfe akquirierte Quetschung der Schulter zunächst eine Lähmung des Musc. deltoideus und später eine Aussaat von Aknepusteln, dem Verlaufe des IV. u. V. Halsnerven entsprechend, dar. Er hatte vorher schon an Akne im Gesicht gelitten.

Ein enormer Schanker am Kinn nach Verletzung beim Rasieren, von A. Renault und Guénot.

Hypertrophische Narben im Gefolge von alten syphilitischen Papeln, von A. Renault. Ein mit gummösen Geschwüren am Bein aufgenommener Patient zeigt auf dem Thorax zahlreiche weiſse ovale Erhebungen, welche nach seiner Angabe sich 13 Jahre zuvor im Anschluſs an syphilitische Papeln entwickelt haben. Der Mann zeigt auch sonst Neigung zu Keloidbildung.

Ein Fall von sekundärer Epilepsie, von A. Renault und Guénot. Ein 26jähriger Mann, sonst angeblich vollständig frei von epileptiformen Erscheinungen, erlitt im Verlauf einer frischen Syphilis mäſsigen Grades drei wohl ausgeprägte epileptische Attacken, deren erste schon 10—15 Tage nach dem Eintritt des Primärsyphilids erfolgte. Nach Einleitung der antisyphilitischen Behandlung sind weitere Anfälle nicht konstatiert worden.

Ein neues Beispiel des sogen. Guillain-Thaonschen Symptomenkomplexes bei cerebrospinaler Syphilis, von A. Renault. Neben tabischen Erscheinungen zeigt der Patient Sprachstörungen, Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung und Augentrübung. Die syphilitische Infektion datiert aus dem Jahre 1903. Verschiedene andere Faktoren haben nebenbei zur Schwächung des Gesamtorganismus beigetragen.

Der Wert der Intradermoreaktion für die Dermatologie, von Beurmann und Laroche. Verfasser haben diese Methode der intrakutanen Einführung einer minimalen Menge von Tuberkulin nach dem Vorgang von Mantoux und Hutinel bei Lupus vulgaris und bei Lupus erythematosus erprobt und sind mit den Ergebnissen sehr zufrieden.

Über eine Familienepidemie von Favus im Anschluſs an Impetigo und Phthiriasis, von Gastou und Payenneville. Im ganzen waren sieben Kinder befallen. Depilation durch Röntgenbestrahlung war sehr erfolgreich.

Fall von enormen frühzeitigen syphilitischen Ulcerationen mit komplizierenden Erythemflecken, von A. Renault.

Über das häufige Vorkommen von Schankern auf der Regio subpubica und an der Basis des Penis bei den eingeborenen Muselmännern von Algerien, von J. Brault. Diese Erscheinung ist auf die dort allgemein übliche, gewissermaſsen als religiösen Ritus geübte Sitte des Abrasierens der Schamhaare zurückzuführen, teils durch direkte Verletzung beim Abschneiden, teils als nachträgliche Schädigung.

Die Ergebnisse der Impfung mit primär-syphilitischem Material bei Patienten mit Tertiärerscheinungen, von Queyrat und Pinard. (Illustr.) Bei einem 27jährigen Patienten mit ausgedehnter syphilitischer Ulceration der Nase inserierten Verfasser ein kleines Stück von einem vernarbten, vier Wochen alten Primärsyphilid der Vorhaut unter die Haut an der Spina scapulae. Nach glatter Verheilung des kleinen Einschnitts entwickelte sich 17 Tage später eine kleine Erosion, welche allmählich sich zu einer typischen tertiären Ulceration ausbildete. Verfasser betrachten dieses Experiment als einen Beweis, dafs die Immunität der Luetiker gegen eine neue Infektion nicht eine so ganz absolute ist, wie man sonst annimmt.

Eine Modifikation der Barthélemyschen Spritze, von Queyrat. Diese neue Spritze ist eine verkleinerte Ausgabe der B.schen mit nur acht Portionsstrichen statt der sonstigen 15. Q. hält sie für praktischer, weil man sonst leicht zu grofse Dosen verabreicht.

Beitrag zur Mikrobiologie der gangränösen Balanoposthitis, von Queyrat und Laroche. Aufser aeroben Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes, Streptococcus, Tetragenus) fanden Verfasser bei dieser gangränisierenden Form der Balanitis namentlich einen fadenförmigen Bacillus von 8 bis 12 μ Länge, der ausgesprochen anaerob wächst und eine besondere Rolle bei der Gangränbildung zu spielen scheint.

Zwei Fälle von blennorrhoischer Keratose; experimentelle Erzeugung der Hautläsionen, von A. Chauffard und N. Fiessinger. Bisher sind von dieser seltenen Affektion im ganzen nur 13 Fälle in der Literatur verzeichnet. Verfasser teilen hier die Krankengeschichten von zwei weiteren, wohl charakterisierten Fällen mit. Bei beiden waren als wichtige ätiologische Momente eine intensivere allgemeine Infektion mit Gonokokkenvirus in Form von Gelenkerkrankungen und eine lokale Beeinflussung der Haut durch mazerierende Faktoren zu konstatieren. Auf gesunde Hautstellen gelang ihnen vielfach die Übertragung der Läsionen durch zweckmäfsige Abtragung der Epidermis und Aufstreichen des aus den Keratosen nach Entfernung deren Oberfläche gewonnenen Gewebssaftes. Die infizierten Stellen wurden mit einem Uhrglase geschützt. An gesunden Individuen gelang die Übertragung nicht.

Nekrotisierende Papulotuberkulide, von Gaucher, Louste und Christin. Krankengeschichte einer 38jährigen Patientin.

Sitzung vom 6. Mai 1909.

Mitteilung über zwei von Herrn Danlos in der letzten Sitzung vorgestellte Patienten, von Darier. Bericht über die Ergebnisse der histologischen Untersuchung, welche bei dem einen Falle Tuberculosis verrucosa der Zunge, bei dem anderen kein Sarkoid, sondern Syphilis ergab.

Über einen Fall von Wilsonschem Lichen mit primärer Lokalisation an thermokauterisierten Stellen, von H. Hallopeau und François-Dainvill.

Über einen Fall von bullöser Dermatitis im Anschlufs an zu häufige Applikation von Methylenblau und Teer bei einem an persistierender Urticaria leidenden Patienten, von H. Hallopeau und François-Dainvill.

Weitere Bemerkungen über einen Fall von Akne cornea vegetans, von H. Hallopeau und François-Dainvill. Die jetzt 50jährige Patientin ist schon vor 20 Jahren wegen ihrer Dermatose behandelt und demonstriert worden. Seitdem hat sie Lupus vulgaris und einen sich auf die ganze Kopfhaut und auf die Fingernägel erstreckenden Favus akquiriert. Verfasser schildern die pathologische Anatomie der Läsionen der Akne cornea, welche auch unter der Bezeichnung Akne punctata (Lutz), oder auch Akne sebacea hypertrophica besprochen worden ist, während Darier diese Affektion mit Psorospermose in Zusammenhang gebracht hat.

Lichen scrophulosorum universalis, von Balzer und Sevestre. Bericht über zwei Patienten, bei denen die Affektion fast die ganze Körperoberfläche ergriffen hat.

Disseminierte, ulcerierte Tumoren von Sporotrichosis, von Balzer und Sevestre. Bei einer 64jährigen, sonst durchaus gesunden Frau entwickelten sich im Laufe von einigen Monaten an den Armen vier bis zu kleinhühnereigroſse Cysten mit eitrigem Inhalt, in welchem bakteriologisch Sporotrichon nachzuweisen war.

Ein Fall von kongenitaler Erythrodermia ichthyosiformis ohne Blasenbildung, von L. Brocq und P. Fernet.

Herdförmige, oberflächliche, multiple Sklerodermie ohne Infiltration mit Übergang zur Atrophie der Haut, von L. Brocq und P. Fernet. Krankenbericht über einen 19jährigen sonst gesunden Tischler, der seit ca. einem Jahre daran leidet.

Ulcerierende serpiginöse Dermatose mit multiplen Herden, ein Analogon zu den mit Coccidien verbundenen Dermatosen, von Brocq, Pautrier und Fernet. Ausführliche Krankengeschichte und Bericht über die Ergebnisse von Biopsien bei einem 52jährigen Patienten, welcher viele Monate hindurch an immer neu sich spontan an allen Teilen des Körpers entwickelnden Läsionen von papulo-pustulöser Art litt. Dieselben nahmen einen sehr rapiden Verlauf und führten in wenigen Tagen zu ausgedehnten und tiefgreifenden Ulcerationen, welche nun langsam vernarbten. Auſser dem Staphylococcus aureus war von Mikroorganismen jeglicher Art nichts nachzuweisen. Die Verabreichung von Staphylose innerlich und subcutane Injektionen von Antistaphylokokkenserum erwiesen sich entschieden als wirksam, doch können sich Verfasser nicht entschlieſsen, den Staphylococcus als alleinigen ätiologischen Faktor bei dem seltsamen Leiden anzuerkennen.

Schankerförmiges Syphilid oder Primärsyphilid bei Reinfektion? von Lenglet und Sourdeau. Ein vor zehn Jahren syphilitisch infizierter, ziemlich nachlässig behandelter Mann zeigt am Penis ein klinisch zweifellos als Primärsyphilid zu bezeichnendes Geschwür. Keine Lymphadenidis; Untersuchung auf Spirochäten und Serumdiagnose negativ. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1909. Heft 14.

Zwei Jahre der dermosyphilitischen Klinik Pavia (Dir. Mantegazza). Fortsetzung aus Heft III. II. Teil: Die venerischen Krankheiten. Statistische Übersicht.

Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von Pelagatti. P. kommt auf Grund der Beobachtung und histologischen Untersuchung eines Falles von Urticaria pigmentosa bei einem 60jährigen Manne zu folgenden Schlüssen: 1. Die Urticaria pigmentosa kann Kinder sowohl wie Erwachsene befallen, und bei beiden ist der klinische und histologische Befund der gleiche. 2. Die Urticaria pigmentosa ist kein angioneurotischer Prozeſs, sondern ein reiner entzündlicher, hervorgerufen aller Wahrscheinlichkeit nach durch eine im Blut zirkulierende toxische Substanz. 3. Der pathologische Vorgang hat zahlreiche Analogien mit der Gruppe der Erytheme, unterscheidet sich aber wesentlich von der Urticaria. 4. Die Mastzellen, die das Infiltrat bilden, sind histogenen Ursprungs und ohne genetischen Zusammenhang mit den Mastzellen des Blutes; dieselbe toxische Substanz, die eine Vermehrung der Mastzellen im Bindegewebe hervorruft, ruft auch eine Vermehrung der Mastzellen im Blute hervor. 5. Die Mastzellen der Urticaria pigmentosa sind nicht der Ausdruck einer Ersparnis infolge einer Überernährung des Gewebes, sie haben eine sehr wichtige Funktion, das Gewebe gegen die Wirkung der toxischen Substanz zu schützen. 7. Die braune Färbung der Flecken der Urticaria pigmentosa stammt teils aus dem Hautpigment, teils aus der Anhäufung der Mastzellen.

Über Mongolenflecke, von MARTINOTTI. Die Mongolenflecke sind naevusartige Gebilde, die bei Kindern der mongolischen Rasse auftreten. Es sind Flecke von dunkelblauer Farbe, ähnlich Tätowierungen mit schwarzer Tinte; die Farbe verschwindet nicht auf Druck, was dagegen spricht, daſs das Substrat aus Teleangiektasien besteht. Die Prädilektionsstellen sind die Regio sacrolumbalis, Coccygea und die Nates. M. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fleck bei einem 13monatlichen italienischen Mädchen, das an Bronchopneumonie starb, mikroskopisch zu untersuchen und kommt im Gegensatz zu früheren Autoren zu dem Resultat, daſs sich im Stratum basale die stärkste Pigmentanhäufung findet.

Anormaler Beginn einer Psoriasis bei einer gichtischen Frau, von PANELLA. Die Psoriasis trat zuerst auf an der Vola manus und Planta pedis, während die typischen Stellen vollkommen frei waren. Lues konnte klinisch und anamnestisch ausgeschlossen werden. Die Gicht komme als diagnostisches Hilfsmittel nicht in Betracht, habe aber in diesem Falle doch die weitere Entwicklung der Krankheit unterstützt.

Klinische und experimentelle Beobachtungen über Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum, von DE FRANCESCHI. Verfasser beobachtete einen Fall von Erythema nodosum bei einem dreijährigen Knaben, der im Anschluſs daran eine klinisch unverkennbare tuberkulöse Gelenkaffektion bekam. Es wurde zwei Monate lang in sorgfältigster Weise das Blut auf Tuberkelbazillen untersucht, sowohl mikroskopisch als auch durch Impfung von Meerschweinchen, und niemals Tuberkelbazillen resp. eine Spur von Tuberkulose gefunden.

Über einige Bemerkungen von Prof. O. LOMBARDO zu meiner Arbeit: Demonstration der Spirochaeta pallida in den Zahnkeimen eines Hereditärsyphilitischen, von PASINI. LOMBARDO vertrat bei einem Vortrag (2. April, Medizinisch-chirurgische Gesellschaft von Modena: Verteilung von Treponema pallidum bei einem hereditärluetischen Foetus) die Ansicht, daſs die vom Verfasser im Keime der Zähne beschriebenen Spirochäten postmortal aus dem Blute in das Gewebe gewandert sein könnten. P. hält dem entgegen, daſs sich in den Organen histologisch keine Maceration fand und sich in den Blutgefäſsen sehr wenig, dagegen im umgebenden Gewebe reichlich Spirochäten fanden; er bleibt bei seiner Ansicht, daſs die Spirochaeta pallida zu der Zahnentwicklung Hereditärluetischer beitrage. *Haas-Hamburg.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 4.

Prostitutionsverhältnisse und Geschlechtskrankheiten in Norwegen. Kontrolle contra Abolitionismus, von E. H. HANSTEEN-Christiania. In Norwegen hat man in zwei verschiedenen Zeitabschnitten einander ganz entgegengesetzte Grundsätze in der Bekämpfung der Prostitution befolgt. Im Jahre 1884 wurden die bisher geduldeten Bordelle sämtlich ganz plötzlich geschlossen. Im Jahre 1887 wurde die regelmäſsige präventive Kontrolle der Prostituierten und die Einschreibung der Prostituierten aufgehoben. Danach wurde die Straſsenprostitution auffälliger. Die Statistiken lassen aber eine zunehmende Verringerung der Geschlechtskrankheiten erkennen. Eine Verschiebung der Morbidität von den Kreisen der reinen gewerbsmäſsigen Prostitution nach mehr bürgerlichen Ständen hin läſst sich nicht nachweisen. Auch die Erfahrung aus der privaten ärztlichen Praxis spricht nicht dafür. Die niedrige Zahl der hereditärsyphilitischen Geburten läſst ebenfalls ein solches Häufigerwerden der Familiensyphilis als unwahrscheinlich erscheinen.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FREDERIC BIERHOFF-New York. (Fortsetzung.) B. teilt die Polizeivorschriften in Prostitutionsangelegenheiten mit und zeigt, wie so sehr oft ihre Anwendung wegen Durchstechereien und Parteilichkeit versagt. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Urologie.

Zweites und drittes Beiheft und Band III, Heft 9 u. 10.

Die beiden Beihefte bringen die Fortsetzung der Verhandlungen des zweiten Urologenkongresses in Berlin. Zu erwähnen sind die Referate über **die eitrigen, nicht tuberkulösen Affektionen des Nierenbeckens**, von v. FRISCH, und **die eitrigen, nicht tuberkulösen Affektionen der Niere**, von BARTH. Die Pyelitis kann auf dem Wege der Infektion durch die Blutbahn oder ascendierend von der Blase aus eintreten; eine Überwanderung aus dem Darme ist nicht erwiesen. Die Diagnose kann sicher nur durch Cystoskopie und Ureterenkatheterismus gestellt werden. Die lokale und chirurgische Behandlung steht im Vordergrund der Therapie.

Zur Ätiologie der renalen Hämaturie, von v. FRISCH. In drei Fällen sah Verfasser eine Pyelitis granulosa als Ursache der Blutung.

LOEWENHARDT spricht über **die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit des Harnes.**

OPPENHEIMER über **die Nierentätigkeit und ihre Beziehungen zur funktionellen Diagnostik.**

ROTH, **Zur Bewertung der Indigokarminmethode für funktionelle Nierendiagnostik.** Ihr Fehlen ist stets ein Zeichen schwerer Veränderung, meist anatomischer, hin und wieder auch funktioneller Natur und liefert eine Indikation für einen chirurgischen Eingriff. Bei Nierentuberkulose versagte sie. Es ist daher ein positiver Ausfall nicht immer beweisend und sie ist nicht imstande, den Ureterenkatheterismus zu ersetzen.

LITTHAUER, **Über den Einfluſs einer Nierenerkrankung auf die Zuckerausscheidung beim Diabetes.**

HOTTINGER, **Zur Lokalisationsdiagnose der Nierentuberkulose.** Verfasser weist auf die symptomatische Bedeutung der Granulome an der Uretermündung der Blase für die tuberkulös erkrankte Seite hin; ferner betont er, daſs die tuberkulöse Niere polyurisch sei.

PIELICKE, **Tuberkulin gegen Nierentuberkulose.** Zwei Fälle, die mit Alttuberkulin KOCH erheblich günstig beeinfluſst wurden.

LATZKO, **Beiträge zur Ureterenchirurgie.**

BLUM, **Über Carcinome des Nierenbeckens.**

BLOCH, **Über 126 Fälle von Prof. ISRAEL operierte Nierentumoren.**

v. LICHTENBERG, **Über Pyelographie und Biocystographie.** Verfasser betont die Wichtigkeit und Ungefährlichkeit von Kollargolfüllung zwecks Röntgenaufnahme.

Es folgen cystoskopische und sonstige Projektionen, unter anderen von HELLER über **Diphallus beim Menschen und beim Rinde.**

GOLDSCHMIDT zeigt **Bilder der hinteren Harnröhre.**

THUNNIN spricht über **Hämangiome der Harnblase.**

KROPEIT zeigt **Photographien der Urethra posterior.**

Es folgen dann weitere Demonstrationen.

Das nächste groſse Referat hatte ZUCKERKANDL über **Blasengeschwülste.** Sie sind nicht allzu selten, Männer sind häufiger betroffen als Frauen, die benignen Geschwülste sind meist Papillome. Fortschritte in der Therapie sind nur zu erwarten,

wenn es gelingt, Frühdiagnose zu machen. Spontanheilungen kommen fast nie vor. Jeder Blasentumor soll tunlichst radikal beseitigt werden. Für die benignen Tumoren ist möglichst die endovesikale Methode anzuwenden, da sie am besten die allgemeine Papillomatose verhütet.

ROTHSCHILD, **Über Endoskopie der Urethra.**

Es folgen dann Demonstrationen, so **Färbepräparate von Tuberkelbazillen,** von RICHTER, die auf ihrer Alkalifestigkeit beruhen.

KROENUS spricht über **die Behandlung unfreiwilliger Ureterläsionen und Unterbindungen.**

BERG, **Blasentumoren.** Zwei Fälle.

ZONDOK, **Über Nephrolithotomie oder Pyelotomie.**

WEISS, **Interessante Blasensteinfälle.**

STRAUSS, **Zur totalen Blasenexstirpation.**

GOLDBERG, **Über Differentialdiagnose der Blasensteine.**

BERG, **Über Malakoplakia vesicae.**

BORN demonstriert **Blasensteine.**

BÖHME spricht über **Klappenbildung am Blasenhalse nach Entfernung eines Blasensteins.**

STRASSMANN, **Zur Bestimmung der motorischen Suffizienz der Blase.**

FULGOWSKI, **Über cystoskopische Befunde nach gynäkologischen Operationen.**

LOHNSTEIN, **Kasuistik der Incontinentia urinae.** Es handelte sich um eine Striktur, die Inkontinenz wurde nach deren Heilung durch Dehnung nicht beseitigt.

STRAUSS, **Über röntgenographisch positive, operativ negative Nierensteine.**

KNEISE, **Kasuistisches und Instrumentelles.**

PICKER, **Über falsche Nierenkoliken.**

HOCK, **Zur Diagnose der Prostatatumoren.**

POROSZ, **Warum ist die faradische Behandlung der Prostatiden der Massage überlegen?**

Heft 9 des dritten Bandes bringt **eine einfache intravesikale Behandlung von Aussackungen der Blasenenden doppelter Harnleiter, ein Beitrag zur Pathologie der intermittierenden Pyonephrose,** von TH. COHN. Spaltung des Sackes mit einem Messerchen mittels des Operationscystoskops.

Über Versuche mit Kältebehandlung bei akuter Blennorrhoe des Mannes, von STEFFEN. Es wurden mit gekühltem Salzwasser gefüllte Tuben für einige Minuten in die blennorrhoisch entzündete Harnröhre eingeführt. Ein gutes Resultat war nicht zu verzeichnen.

Über eine Urethroskopkürette mit galvanokaustischer Vorrichtung zur Zerstörung von Urethraltumoren, vorläufige Mitteilung von LOHNSTEIN.

Heft 10 bringt einen Artikel von TIKANADZE, **Zur Frage der chirurgischen Intervention bei Schufsverletzungen der Harnblase.** Intraperitoneale Schufsverletzungen geben einen hohen Mortalitätsprozentsatz. Sämtliche Blasenverletzungen müssen genäht werden.

Über die Beseitigung der Nebenwirkungen der Balsamica, von DE CAMPAGNOLLE. Die Arbeit enthält eine Empfehlung des Thyresols.

Ein Polyp der Harnblase als Steinkern bei Bilharzia, von PFISTER.

Zur Naht des Ductus deferens, von ENDERLEN. Verfasser nähte den querdurchschnittenen Ductus deferens von Hunden möglichst exakt durch feine Nähte, ohne Silberstützfaden zusammen, nachdem er die Enden zusammengepafst hatte; es wurde nur vermieden, in das Lumen einzustechen; die nach zwei Monaten exstirpierten

Hoden waren bei gelungener Operation intakt; die Durchgängigkeit der Lichtung liefs sich an Serienschnitten nachweisen. Im Falle des Mifslingens war der Hoden atrophisch.

F. Hahn-Bremen.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 8. Nr. 9.

1. **Operation der Prostatahypertrophie. 600 Fälle von totaler Enukleation,** von P. Johnston Freyer-London. Das Durchschnittsalter der 600 Operierten betrug $68^1/_2$ Jahre; 47 Patienten waren zwischen 80 und 89 Jahre alt, 7 waren 79 Jahre alt. Das Gewicht der Prostata betrug zwischen $^1/_2$ bis $16^3/_4$ Unzen, im Durchschnitt ungefähr $2^1/_2$ Unzen. 37 Todesfälle unter den 600 Operationen ergaben eine Mortalität von 6,15%. Die Mortalität verringerte sich von 10% bei den ersten hundert Fällen bis auf 4% bei den letzten hundert.

2. **Erfolgreiche Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels hochfrequenter Ströme,** von David Friedländer-San Francisco. Der Verfasser sah gute Erfolge bei Epitheliom, Akne vulgaris, Rosacea und Pruritus ani et scroti.

3. **Ein Fall von Blastomykosis,** von Curtis R. Day-Oklahoma. Bei einem 55jährigen Manne trat die Affektion auf dem Rücken auf. Kohlensäureschneebehandlung, Röntgenbestrahlung und grofse Joddosen brachten Besserung.

4. **Wert der Cystoskopie,** von Starling Sullivan Wilcox-Columbus. 46 Krankheitsgeschichten.

5. **Diagnostischer Wert abnormer Harnentleerung und die Schmerzen bei Krankheiten des Urogenitalapparates,** von Arthur C. Stockes-Omaha. Tabellarische Übersicht.

6. **Syphilis des Nervensystems,** von J. Elvin Courtney-Denver. Krankheitsbericht von einem 50jährigen Patienten mit motorischer Ataxie und allgemeiner Parese nach Syphilisinfektion vor 23 Jahren.

7. **Die Ureterenblasenmündung,** von Byron Robinson-Chicago. Anatomische Studie über die Varietäten der Ureterenmündungen.

8. **Chirurgische Verbesserungen von Gesichtsdeformitäten,** von J. Carlisle-de Vries-Chicago. Paraffininjektionen bei Nasendeformitäten, flüssige Luft-Anwendung bei entstellenden Narben, Karbol- und Salicylsäuremischung bei Pockennarben.

Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

II. Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz in Bergen. Mitteilungen und Verhandlungen, herausgegeben von H. P. Lie. I. Band. Mit zwei Porträts und drei Karten. (Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1909.) Der Inhalt ist bereits in Bd. 49, Nr. 7 dieser *Monatshefte* im Konferenzberichte referiert.

Schourp-Danzig.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates, von A. Kollmann-Leipzig und S. Jacoby-Berlin. (S. Karger, Berlin 1909.) Der vorliegende vierte Jahrgang bringt den Bericht über das Jahr 1908. Die Anordnung des Stoffes ist unverändert geblieben. Das Kapitel

der Anatomie ist diesmal von GEISSLER-Neuruppin und BRUNO GLASERFELD-Berlin, der Abschnitt Pathologie von KUREWSKI und ERNST MARKUSE-Berlin bearbeitet. Die nichtchirurgischen Erkrankungen referieren P. F. RICHTER-Berlin und N. MEYER-Wildungen, die Harnchemie SIEGFRIED ROSENBERG-Berlin und die Erkrankungen des Urogenitalapparates der Haustiere R. EBERLEIN und E. SILBERSIEPE-Berlin. Das umfangreiche Namen- und Sachregister endlich ist von HUGO LESSERSOHN-Berlin übernommen.

Mit diesem Jahresbericht liegt wiederum ein wertvolles Sammel- und Nachschlagewerk vor uns, an dessen regelmäfsiges Erscheinen wir uns gern gewöhnen werden.

Schourp-Danzig.

Grundzüge der allgemeinen Pathologie, von JULIUS STEINHAUS. (Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft. M. b. H.) 1909. Mit über 150 Mikrophotogrammen auf 25 Tafeln. Der geschätzte Pathologe, welcher jetzt als Vorstand des Laboratoriums für Krebsforschung in Brüssel tätig ist, vorher die Prosektur an dem Warschauer Hospital Cryste verwaltete, bringt mit dem angezeigten Grundrifs der pathologischen Histologie einen eigenartigen Versuch. Mikrophotogramme ersetzen die Zeichnungen, ohne welche ein Lehrfach kaum denkbar erscheinen möchte. Es darf gleich vorangesetzt werden, dafs die Mikrophotogramme zu den klarsten und anschaulichsten gehören, was Referent auf diesem Gebiet gesehen hat. Ödematose Bindegewebszellen mit Vakuolen, glykogenhaltige Nierenepithelien, Struma colloides, Pigmentatrophie des Herzmuskels, Chondrom, Hämangioendotheliom, Rhabdomyom, Ganglioneurom, Rectumadenom, die verschiedenen malignen Neubildungen und andere Beispiele sind vollendet wiedergegeben, eine schematische Zeichnung fast übertreffend. Und doch setzen trotz aller „Ehrlichkeit", (die auch bei Mikrophotogrammen eine minimale Einschränkung erfahren darf, da es sich immer um die Einstellung eines Gesichtsfeldes handelt), Mikrophotogramme immer schon einen zumal in der pathologischen Histologie bewanderten Schüler voraus. Dieser Voraussetzung entspricht in dem vorliegenden Fall auch die Kürze des Textes. Auf 158 Seiten — der ungemein deutliche Druck sei besonders betont — wird das grofse Gebiet abgehandelt einschliefslich der Untersuchungs- und Färbemethoden. Auf die Theorien letzterer, ob sie chemischen oder physikalischen Gesetzen gehorchen, geht der Autor absichtlich nicht ein. Dafs auch die speziellen dermato-histologischen UNNAschen Methoden gewürdigt werden, spricht für die Erfahrung des Autors.

Bei den einzelnen Entzündungen werden unter den ätiologischen Momenten auch die einzelnen pathoforen Mikroorganismen mit abgehandelt.

Die prägnante Kürze des Lehrbuches bringt es mit sich, dafs mit feststehenden Begriffen operiert wird, wo eine Diskussion noch sehr wogt. Einzelne Beispiele sollen aber nicht das Referat beschweren.

Eine gröfsere Auswahl in den Grundrissen der pathologischen Histologie kann nicht schaden, heute, wo das Interesse der Studierenden stark nach der Seite biologischer Forschung gedrängt wird und in ihm leicht die Idee Platz greifen kann, dafs die Cellularpathologie an einen toten Punkt gekommen ist. Die Lehren der Cellularpathologie, wie sie uns überkommen sind von unseren Meistern, von VIRCHOW, v. RECKLINGHAUSEN, ZIEGLER, E. NEUMANN u. a. sehen wir immer wieder gern in präziser Fassung zusammengestellt.

Die Güte eines Lehrbuches wie des vorliegenden wird erprobt, wenn es auch dem geübten Mikroskopiker zu einem sicheren Ratgeber wird. Das kann erst innerhalb einer gewissen Spanne Zeit sich herausstellen. So war es Absicht, wenn Referent so lange mit der Anzeige des Buches gewartet hat. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Einfaches Verfahren zur Herstellung von Teerbädern, von K. Taege-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Die Vorschrift lautet: ℞ Ol. Rusci 150,0, Liq. kali caustic. Ph. G. 90,0. S. Umschütteln. Mit 1/2 l Brennspiritus zu vermischen und von der Mischung die Hälfte in dünnem Strahl unter fortwährendem Umrühren in ein Vollbad zu gieſsen. — Das so bereitete Bad wird als sehr angenehm und reinlich gerühmt; es setze durchaus keinen Teer ab, und es ist billig (50—60 Pfennig). Für ein Handbad sind höchstens zwei Eſslöffel voll von der Mischung zu verwenden. Eine Hauptsache bei der Bereitung des Bades ist das Eingieſsen in dünnem Strahl und das stetige Umrühren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung der Fettkörper in der Dermatologie; ihre Kombinierung, ihre Indikationen und ihre therapeutische Wirkung, von Carle. (*Lyon méd.* 1909. Nr. 22—24.) Der Artikel enthält eine kurze Zusammenfassung der externen Therapie der Hautkrankheiten, wie sie in Deutschland üblich ist. Die Salbenformeln sind den bekannten deutschen Sammlungen entnommen. C. möchte in diesem Aufsatz seine französischen Kollegen mehr auf die äuſserliche Behandlung der Hautkrankheiten hinweisen, welche sich in Frankreich noch nicht die gebührende Würdigung gegenüber den veralteten Lehren der Diathesen erringen kann. *Gunsett-Straſsburg.*

Über einen tödlich verlaufenen Fall von Atoxylvergiftung, von H. Schlecht-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Ein 29jähriger Fleischer, sonst bis auf einen zehn Jahre zuvor überstandenen Abdominaltyphus stets gesund, wurde in bewuſstlosem Zustand, verbunden mit epileptiformen Anfällen in die Klinik aufgenommen und starb nach dreistündiger Beobachtung. Er hatte wegen einer etwa vier Monate zuvor akquirierten Infektion drei Wochen lang eine Schmierkur durchgemacht, hatte dann im Krankenhaus viermal eine subcutane Injektion von Hydrargyrum salicylicum erhalten und sechs Tage nach Beendigung dieser Medikation im Laufe einer Woche vier Injektionen von je 0,6 Atoxyl. Am Tage nach der letzten Einspritzung trat ganz unvermutet Fieber auf, und alsbald folgten die Erscheinungen einer schweren Intoxikation. Die Obduktion ergab als Todesursache Lungenödem nebst den Zeichen, wie man sie bei Arsen- und Phosphorvergiftung gewöhnlich antrifft. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eucerin, eine moderne vorzügliche Salbengrundlage, von F. A. Philippi-Salzschlirf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Das von Lifschütz hergestellte und von Unna empfohlene Eucerin ist seinem Wesen nach ein durch Zusatz einer neuen Alkoholverbindung modifiziertes Vaselin und zeichnet sich durch seine enorme Wasseraufnahmefähigkeit aus. Dasselbe ist infolgedessen eine unübertroffene Salbengrundlage und bei seiner vorzüglichen Haltbarkeit für die ausgedehnteste Verwendung geeignet. Autorreferat.

Über Jodipin, Sajodin, Jodalkalien und Jodwirkung, von H. Winternitz-Halle a. S. (*Ther. Monatsh.* Aug. 1909.) Autor faſst seine Anschauungen, die er auf Grund experimenteller Untersuchungen und klinischer Beobachtung gewann, wie folgt zusammen:

1. Es ist durch nichts bewiesen, daſs die Wirkung aller Jodpräparate ausschlieſslich Jonenwirkung ist, daſs also Jodipin und Sajodin erst in Jodalkalium umgewandelt werden müssen, um zu wirken.

2. Selbst wenn aber aus den Jodfetten, damit sie therapeutisch wirken, zuerst Jodionen hervorgehen müssen, so bestehen doch zwischen ihnen und den Jodiden wesentliche Unterschiede:

a) in bezug auf den Transport im Körper, der in einer indifferenten Form bis zum Ort der Wirkung erfolgt und daher Schädigungen, die bei den Jodalkalien auf dem Wege durch den Verdauungstrakt oder in der Blutbahn zustande kommen, vermeidet;

b) in bezug auf die Verteilung und Aufspeicherung der Jodfette in den Geweben des Körpers, wodurch eine verstärkte Lokalwirkung und eine langsame Abspaltung ermöglicht wird.

3. Die klinische Erfahrung lehrt, daſs beim Gebrauch von Jodipin und Sajodin ungefähr mit einem Drittel der Dosis (bezogen auf den Jodgehalt) der gleiche Heileffekt erzielt wird wie bei Anwendung der Jodalkalien und daſs

4. bei dieser Art der Medikation Jodismus seltener und in milderer Form auftritt.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Jothion, von E. Richter. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) Ausgedehnte Versuche am städtischen Krankenhause zu Kiel ergaben, daſs das Jothion nicht nur eine rein lokale Wirkung wie Jodtinktur, Jodvasogen entfaltet, sondern infolge seiner ausnehmend groſsen Resorbierbarkeit (bis 50 %) die interne Jodmedikation bei syphilitischen Prozessen, chronischer Bronchitis, Bronchialasthma, Emphysem, Arteriosklerose, Pleuritis usw. vorteilhaft zu ersetzen vermag. Es war auffallend, daſs Patienten, die auf interne Jodmedikation sofort mit akutem Jodismus reagierten, Jothion wochenlang anstandslos vertrugen. Einen kleinen Nachteil erblickt Verfasser in dem Umstand, daſs eine genaue Dosierung nicht möglich ist. (Durch Abteilen in Patronen dürfte auch dieser Übelstand zu vermeiden sein. Ref.)

Strickrodt-Hamburg.

Vorschriften für Jothionsuppositorien:

℞ *Ol. cacao raspat.*	2,0
Jothion	0,15
Pro supposit. frigide parat.	
℞ *Ol. cacao*	2,0
Leni calore (35—40) *calefact.*	
Adde Jothion	0,15
Pro suppositor.	

Über die Resorption und klinische Anwendung von Jothion, von Nagelschmidt. (*Ther. Monatsh.* Septbr. 1909.) Verfasser hat seit 1907 das bekannte Jodpräparat in etwa 500 Fällen angewandt und verschiedentlich quantitative Bestimmungen der Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse vorgenommen. Es wurden dabei 33, 50, 55, 72, in einem Fall sogar 94 % des aufgetragenen Jods im Harn wieder aufgefunden. Im Gegensatz dazu waren nach Applikation von Jodkaliumsalbe nur Spuren, nach Jodtinktur gar kein Jod im Urin und Speichel nachzuweisen. Therapeutisch kam Jothion überall zur Anwendung, wo eine interne Jodmedikation angebracht war und wurde in Form von 10 %iger Salbe meist, in 3—5 %iger immer gut vertragen. Die letzteren genügten vollständig zur Erzielung eines therapeutischen Effekts und wurden zweckmäſsig drei bis fünf Minuten lang eingerieben.

Jothionsuppositorien bewirkten bei chronischer und subakuter Prostatitis eine mitunter auffallend schnelle und vollständige Rückbildung der Schwellung selbst alter resistenter Patienten. *Strickrodt-Hamburg.*

Jodomenin, ein neues Jodpräparat in der allgemeinen Praxis, von R. Friedmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Empfehlung bei Kindern, Patienten mit Idiosynkrasie gegen Jodkalium u. a. *Arthur Schucht-Danzig.*

Jodomenin, ein neues internes Jodpräparat, von A. Busch und E. Gumpert. (*Ther. d. Gegenwart.* 1908. Heft 4.) Jodomenin ist das Jodwismuteiweiſs, welches aus Wismuttrijodid und Eiweiſs unter geeigneten Bedingungen gewonnen wird. Als in verdünnten Säuren unlöslich vermag es den Magen zu passieren, um erst im alkalischen Darmsaft in Jodalkali und Wismuteiweiſs zu zerfallen. Es soll eine milde, protrahierte und daher remanente Jodwirkung veranlassen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Jodomenin, ein Jodeiweiſspräparat in der Kinderpraxis, von Cassel-Berlin. (*Ther. d. Gegenwart.* 1908. Heft 7.) Empfehlung auf Grund von acht Fällen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Kohlensäureschnee: Ein weiterer Beitrag zu den Resultaten seiner Anwendung bei Naevus, Tätowierung, Lupus erythematosus und anderen Dermatosen, von M. L. Heidingsfeld und C. A. Ihle-Cincinnati. (*Lancet-Clinic.* 30. Jan. 1909.) Ergänzung einer früheren Mitteilung über die Verwendung des Kohlensäureschnees, die nach kaum fünfmonatlicher Erfahrung sehr günstig gelautet hatte. Während bei Pigment- und Gefäſsnävi die Behandlung sich bewährt hat und jeder anderen vorzuziehen ist, haben sich bei Tätowierungen keine Dauerwirkungen erzielen lassen, ebenso wie beim Lupus erythematosus die berichteten Besserungen nur vorübergehender Natur gewesen sind. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensäureschnee, von L. Zweig-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) Dieses zuerst von amerikanischen Autoren (Pusey, Zeisler) empfohlene Verfahren hat auf der Fabryschen Abteilung in Dortmund gute Resultate ergeben bei Naevi jeder Art, bei Angiocarcinomen und Teleangiektasien, Epitheliomen, bei Lupus vulgaris und Tuberculosis verrucosa der Bergleute und bei Lupus erythematodes. Die Kohlensäure wird in den bekannten eisernen Bomben, welche für den Bierverschenk gebraucht werden, bezogen. Man fängt den nach Öffnen des Hahns ausströmenden Schnee resp. Nebel in einem Beutel von Waschleder auf und überträgt ihn in Glasröhrchen von passender Gröſse. Aus diesem wird er mittels eines gut schlieſsenden Stempels unter geeignetem Druck auf das Krankheitsgebiet appliziert. Auſser einem gelinden, vorübergehenden Gefühl von Brennen hat das Verfahren keine Nachteile. Die Dauer der Applikation variiert zwischen 20 und 60 Sekunden. In vielen Fällen ist eine einzige Sitzung hinreichend, in anderen wird die Behandlung nach Vergehen der Reaktionserscheinungen eventuell mehrere Male wiederholt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Levurinose und Hefeseife und ihre Bedeutung in der ärztlichen Praxis, von Kabisch. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1909. Heft 2.) K. hat mit Levurinose gute Erfolge erzielt bei Furunkulose, Blennorrhoe, Diabetes, chronischem Magendarmkatarrh, Akne (hier auch Levurinoseseife). *Haas-Hamburg.*

Linoval, eine neue Salbengrundlage, von Carl Grünbaum. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 16.) Linoval enthält 93 Teile Vaselin, ein Teil Ammoniak, ein Teil Lavendelöl und fünf Teile flüchtige Fettsäure, die beim Raffinieren von Leinöl abgespalten wird. Verfasser verwandte es bei zahlreichen Dermatosen mit sehr gutem Erfolge; durch seine bakterizide, analgesierende und epithelialisierende Kraft, seine kühlende, granulationsanregende und keratolytische Wirkung, verbunden mit unbegrenzter Haltbarkeit, leichter Verreibbarkeit und intensiver Tiefenwirkung sei eine Vielseitigkeit der Verwendung ermöglicht, wie es keinem anderen als Salbengrundlage dienenden Fettkörper eigen sei. *Haas-Hamburg.*

Thiopinol-Matzka, ein neues lösliches Schwefelpräparat und die damit erzielten Heilerfolge, von Bäumer. (*Zentralbl. f. d. ges. Ther.* Jahrg. XXVII, 8. Heft.) Sammelreferat. *Haas-Hamburg.*

Angioneurosen.

Chronisches Ödem des Gesichts und der Schleimhäute, von J. Adam-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 2. Okt. 1909.) Bei zwei im übrigen durchaus gesunden Individuen im Alter von 22 Jahren bestand seit einigen Jahren ein höchst entstellendes, hartes Odem der einen Gesichtshälfte. Beide waren schon verschiedentlich ohne eigentlichen Erfolg behandelt worden. Neben der Hautanomalie konstatierte Verfasser Ulcerationen und Gewebshypertrophien in der Nasenhöhle. Er nimmt an, daſs diese Läsionen der Ausgangspunkt für die Veränderungen an der Cutis durch ekzematöse und erysipelatöse Vorgänge abgaben. Nach Behandlung der Schleimhäute teils durch Exzision, teils durch Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd und Höllenstein gelangte auch das Hautleiden unter Quecksilbersalben und Kompressionsverband schlieſslich zur Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Einfluſs der Kochsalzzufuhr auf die nephritischen Ödeme, von J. W. Blooker-Amsterdam. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Bd. 96, Heft 1 und 2.) Der Verfasser suchte die bekannten Untersuchungen Widals und Achards über die Abhängigkeit des Hydrops vom Salzgehalt der Nahrung an der Hand eines, wenn auch kleinen, aber doch möglichst einwandfreien Materiales nachzuprüfen. Er eliminierte alle Fälle, bei denen eine Abnahme des Hydrops durch andere Einflüsse als die Entziehung des Chlors in der Nahrung möglich war und behielt nur solche Fälle bei, wo der Hydrops konstant, den üblichen Maſsnahmen gegenüber refraktär war und bei denen die Herzarbeit unbeeinträchtigt war. Es waren dies vier Fälle von groſser weiſser Niere, eine Amyloidnephritis und eine subakute parenchymatöse Nephritis. Er fand, daſs nur in dem Falle von Amyloidnephritis die Chloridretention auf die Ödeme einen Einfluſs hatte. In den Fällen von groſser weiſser Niere hingegen, welche der Hartnäckigkeit ihrer Ödeme wegen berüchtigt sind, fehlte er gänzlich. In zwei Fällen davon war nur bei überreichlichen Kochsalzgaben ein geringer übler Einfluſs zu bemerken, die salzlose Küche war aber dem Wachsen der Ödeme gegenüber machtlos. In den beiden anderen Fällen von groſser weiſser Niere brachten hingegen Diarrhoe und Schwitzprozeduren Hilfe. Also eben dort, wo auch die anderen Mittel zur Bekämpfung des nephritischen Hydrops im Stiche lassen, vermag ebensowenig die fast kochsalzlose Kost zu helfen. In dem Falle von parenchymatöser Nephritis wiederum konnte während des Schwindens des Hydrops eine groſse Kochsalzgabe der Entwässerung entgegenwirken. Nur wenn eine ausgiebige Milchdiät, die ja auch kochsalzarm ist, dem Patienten langweilig wird und stärkere Kochsalzzufuhr als schädlich erkannt ist, will der Verfasser die Widalsche Diät angewandt wissen. *Gunsett-Straſsburg.*

Über urtikarielle Erkrankungen, von Wolters. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 2—3.) Klinischer Vortrag, der alle urtikariellen Erkrankungen in kurzer, dem Verfasser eigener klarer Schilderung berücksichtigt. Verfasser sieht die Urtikaria als einen nicht entzündlichen Exsudationsprozeſs an, der abhängig ist von einer abnormen Durchlässigkeit der Gefäſse an umschriebener Stelle, was seinerseits wiederum durch bestimmte Nerveneinflüsse bedingt ist; diese aber kommen entweder durch Intoxikation auf dem Wege der Blutbahn oder auch durch direkte Einwirkung von auſsen oder psychischer Beeinflussung zufolge. Entsprechend dieser Auffassung muſs sich die Therapie in den bestimmten Richtungen bewegen. Bei den chronischen Formen hat Verfasser ganz besondere Erfolge von einer konsequenten Teerbehandlung und gleichzeitiger Verabreichung von Arsenik in steigender Dosis oder von Chinin-Ergotin-Eisenpillen gesehen. — Die Mehrzahl der mit Urtikaria behafteten Kinder leidet zweifellos an Rachitis; da aber die letztere auch meist Erkrankungen im Gebiete des Magen-Darmtraktes veranlaſst, so muſs es wohl angenommen werden, daſs vielleicht von dem durch das Allgemein-

leiden erkrankten Darme aus durch die Krankheit selbst toxische Substanzen in den Kreislauf hineingeraten, wonach die Urtikaria des Kindesalters, der Strophulus und die Prurigo durch Autointoxikation bedingt werden und nur graduelle Unterschiede oder Stadien der gleichen Erkrankung darstellen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Morbus caeruleus (Blausucht) bedingt durch eine grofse Reihe angeborener Anomalien des Herzens und anderer Organe, von F. Theodor-Königsberg i. Pr. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. 50.) Bei der Sektion eines an Blausuchtsanfällen erkrankt gewesenen fünfmonatigen Kindes fand sich Atresia arteriae pulmonalis ad conum arteriosum, Defectus septi ventriculorum, Foramen ovale apertum, Ductus Botalli persistens, Agenesia lienis, Thrombus arteriae pulmonalis sinistrae und Cyanosis universalis.

Schourp-Danzig.

Livedo annularis, von M. L.-M. Bonnet-Lyon. (*Presse méd.* 1909. Nr. 38.) Der Verfasser unterscheidet eine transitorische und eine persistierende Livedo. Zu ersterer rechnet er die physiologische Livedo (a frigore, mechanica bei Kompression eines Gliedes) und die pathologische Livedo. Hierzu gehören die Kältecyanose der Extremitäten bei Individuen, die mit schlechter Zirkulation, häufig auch mit leichten tuberkulösen Läsionen behaftet sind, und die neurotische Cyanose bei der Raynaudschen Krankheit. Die persistierende Livedo sitzt gewöhnlich an der Innenseite der unteren Extremitäten und besonders in der Umgegend des Knies und besteht in einer netzförmigen, auf Druck verschwindenden roten Verfärbung der Haut. Oft verschwindet die Röte mit der Zeit und läfst eine netzförmige Pigmentierung zurück. In einem mikroskopisch untersuchten Fall fand der Verfasser, ebenso wie Balzer, deutlich entzündliche Läsionen an den Venen. Oft handelt es sich dabei um Individuen mit Varicen oder Lebercirrhose oder um Alkoholiker, oft auch um ganz Gesunde.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Psychologie und Therapie des krankhaften Errötens, von Oskar Aronsohn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Das krankhafte Erröten (Errötungsangst, Erythrophobie oder Ereuthophobie) wird von den meisten Autoren als Zwangsvorstellung aufgefafst, welche mit Angsterscheinungen einhergeht. Nur A. Eulenburg und A. Friedländer nehmen keine Zwangsvorstellung an, sondern ersterer eine kongenitale excessive Reizbarkeit der vasomotorischen Hirnzentren, letzterer Angsterscheinungen infolge eines neurasthenischen Grundleidens. Autor hält das Leiden für ein selbständiges und für das auslösende Moment nicht Angst, sondern genau wie beim physiologischen Erröten das Schamgefühl.

Bei dem Erwachsenen tritt infolge Selbstbeherrschung das Erröten bei Schamgefühl zurück. Den Erröter stellt das Schamgefühl auf eine Stufe mit dem Kinde und ist als psychische Degenerationserscheinung zu betrachten. Übereinstimmend hiermit weisen viele Erröter auch andere Degenerationserscheinungen auf. Autor gibt zwar die Möglichkeit einer besonderen Reizbarkeit der Gefäfszentren zu, es erscheint ihm aber nicht notwendig, diese Annahme zu machen.

Edle Menschen sind nach Autors Ansicht die Erröter nicht, sondern lassen bestimmte Grundzüge ihres Charakters erkennen: Sie wollen als mehr erscheinen als sie sind, führen oft sexuell ein wüstes oder unbefriedigtes Innenleben bei äufserlicher Prüderie; sie geben viel auf äufsere Form, beobachten sich peinlich, haben aber dabei das Gefühl der Unwahrheit gegen sich und andere.

Da das Schamgefühl das auslösende Moment ist, ist das Erröten therapeutisch beeinflufsbar durch Erziehung zur Wahrheit, Einfachheit, Natürlichkeit, Sachlichkeit. In manchen Fällen hat Autor die hypnotische Schlafsuggestion in gleichem Sinne mit Erfolg benutzt.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Schiffer-Beriberi mit erythematösem Ausschlag, von F. K. Monro-Glasgow. (*Lancet.* 20. Febr. 1909.) Ein 27jähriger aus Island stammender Seemann, welcher in der letzten Zeit als Hochseefischer an der Westküste von Schottland unter im allgemeinen günstigen hygienischen Verhältnissen gearbeitet hatte, kam wegen Schwellung und Schmerzen an den Beinen und Händen mit allgemeinem Gefühl von Unwohlsein und Mattigkeit ins Krankenhaus. Die mehrmonatliche Beobachtung begründete die Diagnose Beri-Beri. Als sehr ungewöhnlich ist die zu Anfang der Krankheit bestandene Komplikation mit einem ausgedehnten Erythem hervorzuheben. Am Hals und dem Gesicht war die Haut hart, geschwollen und intensiv gerötet. Die Rötung liefs sich wegdrücken. In ähnlicher Weise waren weite Strecken am ganzen Körper affiziert. Die Hautaffektion verging ohne besondere Behandlung im Laufe von acht Tagen, kehrte aber gelegentlich in geringerem Grade vorübergehend wieder.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von chronischem Erythem, veranlafst durch Würmer, von Wessilowa. (*Med. Obosrenje.* 1909. Bd. LXXII, S. 361.) Beschreibung eines Falles von sehr hartnäckigem Erythem bei einer 28jährigen Bäuerin, welches erst nach Abtreibung von Askariden schwand. Das Erythem war über den ganzen Körper ausgebreitet und erinnerte an ein annuläres Syphilid, wie an Herpes tonsurans.

Arthur Jordan-Moskau.

Masern-Scharlachähnliche Erytheme beim Typhus, von J. López Elizagaray-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 8.) Ein 16jähriger Junge mit Typhus bekommt am elften Tage der Erkrankung unter Temperaturerniedrigung einen masernartigen Ausschlag über Rumpf, Hände und Vorderarme. Nach drei Tagen verwandelt sich das Exanthem in ein scarlatiniformes, zugleich mit Temperaturerhöhung, und zwar so, dafs die Vorderseite der Brust, des Abdomens, die Hände, Vorderarme, Füfse und Unterschenkel scarlatinös, der Rest des Körpers morbillös aussieht. Nach 14 Tagen tritt Desquamation und Temperaturabfall ein.

Auffallend ist an diesem Falle, wie E. hervorhebt, die lange Dauer des Exanthems, da diese Exantheme beim Typhus gewöhnlich sehr schnell verschwinden.

Gunsett-Strafsburg.

Angiomatosis miliaris. „Eine idiopathische Gefäfserkrankung", von Ludwig Steiner und Hans Voerner-Leipzig. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Bd. 96, Nr. 1 und 2.) Bei einem 28jährigen Manne waren seit zehn Jahren am Lippenrand, der Lippen- und Wangenschleimhaut, dem Zahnfleisch und auch sonst über der ganzen Körperhaut zerstreut stecknadelkopfgrofse, feine Punkte von dunkelroter Farbe, die auf Druck verschwindet, aufgetreten. Besonders dicht stehen diese Punkte an den Geschlechtsteilen, der Nabelgegend, der Streckseite der oberen Extremitäten, den Handballen und Fingerbeeren. Die gröfseren Punkte zeigen eine knötchenförmige Prominenz.

Neben den Hautveränderungen zeigt der Kranke nervöse Störungen, die sich in Labilität der Gefäfse, Schwindel, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Parästhesien, Neuralgien, Herzklopfen und nervös-dyspeptischen Erscheinungen dokumentieren. Ferner hatte er konstant erhöhten Puls und Temperatursteigerung, Pollakiurie, Anhidrosis und Sehstörungen.

Mikroskopisch handelt es sich um eine Erkrankung der oberflächlichsten Gefäfsschicht der Haut, welche als eine Teleangiektasie angesehen werden mufs. Diese Teleangiektasien bleiben aber nicht stationär, sondern es bilden sich aus kleinen Gefäfserweiterungen kugel- und sackartige Erweiterungen, die zunächst mit zirkulierendem Blute gefüllt sind, die aber später thrombotische Veränderungen zeigen. Schliefslich kommt es zur Resorption, während andererseits neue Erweiterungen entstehen. Es

ist also kein Naevus oder ein Angiom, sondern ein sich fortwährend erneuernder Prozeſs, eine Angiomatose. Dabei findet sich noch eine Atrophie der Schweiſsdrüsen.

Gunsett-Straſsburg.

Ein Angiokeratomfall, von S. Beck. (*Bör-ès Bujakórtan*, Nr. 1, Beiblatt vom *Budapesti Orvosi Ujság*. 1909.) Der Fall betrifft einen 66jährigen Mann. Auf der Streckseite beider Hände sind angiomatöse Knoten, von denen die dicke Hornschicht zum Teil herabgefallen ist. Der Patient hatte niemals Frostbeulen. Dieser Umstand und sein Alter zeigen, daſs es nicht nur bei jungen Leuten und nicht nur nach Frostbeulen aufzutreten pflegt. Verfasser sieht die Ursache in Blutzirkulationsstörungen.

Porosz-Budapest.

Die Raynaudsche Krankheit, von Carl Pfister. (*New Yorker med. Wochenschrift*. Juli 1909.) Krankengeschichte eines Falles von Raynaudscher Krankheit, Amputation beider Beine. Die Untersuchung der Gefäſse ergab eine vollständige Obliteration der Arterien, während die Venen in keiner Weise pathologisch verändert waren.

Haas-Hamburg.

Pellagra in Arkansas, von O. L. Williamson-Mariama. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 9.) Krankheitsbericht von einer 23jährigen Negerin.

Schourp-Danzig.

Über Pellagra, von J. J. Watson-Columbia. (*New York med. Journ.* 8. Mai 1909.) W. möchte in erster Linie darauf hinweisen, daſs die Pellagra eine in Nordamerika, und zwar besonders den Südstaaten nicht gar seltene Erkrankung ist, welche dringend die Aufmerksamkeit der Behörden erheische. Der nordamerikanische Kontinent ist die natürliche Heimat des Zea Mais und daher wahrscheinlich auch die erste Quelle der Pellagra. W. ist nach seinen Beobachtungen und Experimenten (an Menschen und Tieren) völlig davon überzeugt, daſs schlechter, und zwar mit bestimmten Pilzen infizierter Mais die Ursache der Pellagra ist. Dieselbe ist mehr vorherrschend im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, kann aber auch bei Kindern vorkommen und W. hat bei sechs- bis neunjährigen Kindern Fälle gesehen, die drei Jahre hintereinander mit der Krankheit behaftet waren. Während in Italien nur die ärmsten Klassen der Landbevölkerung von der Pellagra befallen werden, ist sie in den Südstaaten Nordamerikas zwar vorzüglich auf diese beschränkt, kommt aber auch bei bessersituierten Leuten und in Städten vor. Das weibliche Geschlecht ist hier auch mehr in Mitleidenschaft gezogen (75%) als das männliche, während in Italien beide Geschlechter gleichmäſsig befallen werden. Was die Symptome der Krankheit betrifft, so ist sie in ihrem Beginn auſserordentlich schleichend, fast in allen Fällen sind Magen-Darmstörungen (brennendes Gefühl in Speiseröhre oder Magen, Speichelfluſs, Gingivitis) und Gewichtsverlust (in 84% aller Fälle) vorhanden, bevor die Hauteruption auftritt. Dies ist gewöhnlich in den ersten Frühjahrszeiten der Fall, sie hält an bis Juni und verschwindet allmählich im Juli oder August, um manchmal im Herbst (Oktober), meist aber erst im nächsten Frühjahr, wieder aufzutreten. Sie beginnt im allgemeinen wie ein starker Sonnenbrand am Handrücken und den Streckseiten der Arme, führt nach einiger Zeit zu mehr oder weniger starker Abschuppung, die Haut nimmt nun nach Verschwinden der Röte eine charakteristische bräunliche Verfärbung an und wird als Resultat der wiederholten Entzündungen pigmentiert und rauh, so daſs die Hand einer 25jährigen Person der einer 75jährigen gleicht. Während der Hauteruption hat die Zunge eine charakteristische Beschaffenheit, wie kardinalrote Farbe, welkes Aussehen, Epithelabschilferung usw. Die Pupille ist in 80% der Fälle abnorm erweitert, ein- oder zweiseitig. Psychische Depression ist so konstant als Erythema und Diarrhoe und variiert von leichter Niedergeschlagenheit bis zu hochgradiger Melancholie. In manchen Ländern ist Selbstmord häufig, in anderen nicht. Überhaupt ist die Krankheit im

allgemeinen sehr verschiedenartig und man trifft an manchen Orten als häufige Symptome solche, die an anderen gar nicht vorkommen. In Italien ist Alkoholismus eine der häufigsten Komplikationen, während dies in den Südstaaten keineswegs der Fall ist. Eine direkte Behandlung des Leidens gibt es nicht, Atoxyl soll im ersten Stadium günstig auf Diarrhoe und Hautausschlag einwirken; gute hygienische Verhältnisse, gute Nahrung (Fleisch), Vermeidung aller schädlichen Nahrungsmittel und Hydrotherapie sind von günstigem Einfluſs. *Stern-München.*

Die Ätiologie der Pellagra, von C. H. Lavinder-Washington. (*New York med. Journ.* 10. Juli 1909.) Pellagra ist erst seit dem Jahre 1906 für die Vereinigten Staaten eine Frage von praktischer Bedeutung geworden, scheint aber durch die beträchtliche Zunahme der Fälle in den Südstaaten nun einen bedrohlicheren Charakter anzunehmen. L. findet zwar, gleich manchen anderen Autoren, die Maistheorie bezüglich des Ursprungs der Pellagra nicht recht befriedigend, muſs sich aber Mangels einer anderen Erklärung vorläufig damit begnügen. Pellagra ist also auf eine Veränderung im Mais, die durch Einwirkung von Parasiten zustande gekommen ist, zurückzuführen und die Idee hält L. noch nicht für ausgeschlossen, daſs nicht nur toxische Substanzen, sondern auch Parasiten vom verdorbenen Mais auf prädisponierten menschlichen Organismus entweder direkt oder mittels Insekten oder anderem übertragen werden. Dafür spricht auch die Analogie mit Malaria, Piroplasmosis und Trypanosomiasis und die bis zu einem gewissen Grade gleiche geographische Verteilung. Was die prädisponierenden Ursachen der Pellagra betrifft, so scheint sie bei Kindern und im jugendlichen Alter selten, am häufigsten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr vorzukommen, stärkere Einwirkung der Sonnenstrahlen rascher das Erythema herbeizuführen, Alkoholismus und andere schwächende Bedingungen nur indirekt durch Verminderung der allgemeinen Widerstandskraft Einfluſs zu haben. Die neuerdings in den Arbeiten von Ceni, welcher direkte Infektion durch gewisse Hyphomyceten (Aspergilli), und Tizzoni, welcher einen spezifischen Streptobacillus pellagrae annimmt, geäuſserten Ansichten verdienen nach L.s Meinung zwar ernste Aufmerksamkeit, bedürfen aber doch noch weiterer Forschungen, ebenso wie Sambons Annahme von der Möglichkeit der Protozoennatur der Pellagra. *Stern-München.*

Klinische Erscheinungen bei akuter Pellagra, von N. P. Walker-Milledgeville. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 1.) Der Verfasser berichtet seine Beobachtungen an 51 Kranken, von denen 28 an der Krankheit starben. Das Pellagraerythem fand er in den meisten Fällen symmetrisch über die Extremitäten, Gesicht und Nacken verbreitet. In ungefähr 12% der Fälle bestand eine Vaginitis. *Schourp-Danzig.*

Die landwirtschaftliche Seite des Pellagraproblems in den Vereinigten Staaten, von Carl L. Alsberg-Washington. (*New York med. Journ.* 10. Juli 1909.) A. betrachtet die nun feststehende Zunahme der Pellagra vom landwirtschaftlichen Gesichtspunkte aus und führt als Ursachen der verschlechterten resp. verdorbenen Maisarten eine ganze Reihe von Tatsachen auf. Das Korn, welches jetzt gebaut wird, ist teilweise reicher an Öl (um 2—3%) wie früher und dadurch, wenn es schimmelig wird, eher zu Fäulnis neigend, ferner wird es auch häufig zu früh, d. h. in noch feuchtem Zustand geschnitten, wodurch ebenfalls die Neigung zu Fäulnis erhöht wird. An letzterem Umstand haben wohl auch nach A.s Überzeugung die feuchten Sommer der letzten Jahre schuld. Bezüglich der verschiedenen Kornarten soll ein groſser Unterschied sein, indem nur die gelben und weiſsen Arten, aber nicht die roten Pellagra verursachen sollen, wie wenigstens in Rumänien allgemein angenommen wird. Um diesen Übelständen abzuhelfen, rät A. in erster Linie den Korneinkäufern, den Preis je nach dem Feuchtigkeitsgrade zu bezahlen; das wird den Landwirt auch aus Gründen der Frachtersparnis — je höher der Feuchtigkeitsgehalt, desto schwerer das

Gewicht — veranlassen, sein Getreide möglichst trocken auf den Markt zu bringen. Es werden jährlich viele Millionen Eimer Wasser von den Kornlagern zu den Seeschiffen geschleppt, was eine enorme Geldverschwendung darstellt und ebenso im Interesse der Gesundheitspflege wie des Volksvermögens verhütet werden soll. Um das Korn nach seinem Feuchtigkeitsgrad zu verkaufen, mufs von seiten des Staates eine bestimmte Skala festgelegt werden. Das würde auch das Geschäftsleben auf eine höhere moralische Stufe bringen, da die Übervorteilung durch den Verkauf feuchten oder viel Wasser enthaltenden Getreides einen aufserordentlich hohen Grad angenommen habe. Nichts ist wichtiger, so schliefst A., für die öffentliche Gesundheit als die richtige Versorgung des Volkes mit Nahrungsmitteln und davon ist das Getreide das wichtigste, im Getreidelande Amerika aber von ganz besonderer Bedeutung; daher auch die Qualität des Getreides von Interesse für den Arzt. *Stern-München.*

Das Auftreten von Pellagra in den Vereinigten Staaten, von Edward Jenner Wood-Wilmington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 4.) Historische und klinische Studie. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Akromegalie und Pellagra, von W. Mollow-Sofia. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 6.) Kasuistik: Zufällige Kombination von Akromegalie mit typischen Veränderungen am Schädel, an Händen und Füfsen, und Pellagra bei einem 35 jährigen Landmann. Die Pellagra war charakterisiert durch ein typisches Erythem, mäfsige Diarrhoen und Blutveränderungen, von denen ein gewisser Hämoglobinmangel und eine relative Lymphocytose in erster Linie auffielen. Besserung der Pellagrasymptome durch Pflege, Verabreichung von Antidiarrhoika und Arsen in Form von subcutanen Injektionen von Natr. cacodylicum. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von Bromoformausschlag, von Irving Wilson Voorhees-New York. (*New York med. Journ.* 5. Juni 1909.) Dem siebenjährigen Knaben wurde aus Versehen alle zwei Stunden ein Tropfen (statt dreimal täglich) Bromoform gegeben und es entwickelte sich unter Fiebererscheinungen (40° C) ein über den ganzen Körper sich ausdehnender papulöser Ausschlag, der ziemlich heftiges Jucken verursachte; zwei Tage später konfluierten die Papeln (unter Arsenmedikation), die Temperatur wurde bald wieder normal und es trat allmähliche Abheilung des Ausschlags ein. Der Keuchhusten war unverändert geblieben. *Stern-München.*

Henochsche Purpura und Intussusception, von H. Lett-London. (*Lancet.* 20. Febr. 1909.) Ein dreijähriger Knabe, sonst durchaus gesund, erkrankte plötzlich mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit des einen Beines und bald darauf des Ellenbogens; am folgenden Tage machten sich Erscheinungen einer Abdominalaffektion bemerklich, und bei der Aufnahme im Krankenhaus am nächsten Tage waren einige Purpuraflecke zu konstatieren. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergab eine Intussusception am Ileo-coecum, welche ohne Mühe gelöst wurde. Die Purpura trat aber in den nächsten Tagen stärker hervor und führte am zehnten Tage p. o. unter Wiedereintritt von Erscheinungen von Darmverschlufs zum Tode. Die Autopsie ergab neben septischer Peritonitis eine zweite Intussusception im Ileum, 18 Zoll oberhalb der Ileocoecalklappe. L. bespricht eingehend die Differentialdiagnose zwischen Intussusception und Darmblutung bei Purpura. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Henochscher Purpura im Verein mit angioneurotischem Ödem, von A. Don-Dundee. (*Lancet.* 21. Aug. 1909.) Krankenbericht über einen 8½ jährigen Knaben, bei welchem die ersten Krankheitserscheinungen in Anschwellungen am Knie und Fufsgelenk nebst Diarrhoen bestanden. Im weiteren Verlauf stellten sich an anderen Gebieten Ödeme ein, kleine, flohstichähnliche und auch gröfsere Hämorrhagien in der Haut, Fieber, bluthaltige Stühle, Erbrechen und eine walzenförmige Anschwellung in der Gegend des Colon descendens. Binnen Monatsfrist trat

Rekonvaleszenz ein und schliefslich vollständige Genesung. Die bakteriologische Untersuchung der Faeces ergab das Vorhandensein von Bacillus coli, keine Amöben, aber GRAM-positive Bazillen und Kokken, einzeln und gepaart. Trotz der genauen Verfolgung des Krankenverlaufs haben sich entscheidende Aufschlüsse daraus nicht ergeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Purpura haemorrhagica mit Attacken von Kolik infolge von intestinalen Exsudationen, von G. P. MILLS-Salford. (*Lancet.* 24. Juli 1909.) Ein 16jähriger Knabe kam wegen anhaltender intensiver Abdominalschmerzen und Erbrechen (einmalig) zur Laparatomie. Neben den Überresten einer alten Intussusception fand man nur zahlreiche hyperämische Gebiete und starkes Ödem im ganzen Verlauf des Dünndarms ohne eigentliche entzündliche Veränderungen. Die abdominellen Symptome vergingen alsbald nach der Operation, und zwei Tage später setzte eine sich allmählich über gröfsere Strecken an den Armen und Beinen ausbreitende Aussaat von typischen Purpuraflecken ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Purpura haemorrhagica fulminans mit Nekrosenbildung; Ausgang in Heilung, von H. LANDWEHR-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 30.) Bericht über ein wegen Coxa vara rhachitica durch Osteotomia subtrochanterica behandeltes Mädchen. Bei glatter Heilung der Operationswunde traten zwölf Tage nach der Operation neben einer anscheinend unbedeutenden Druckwirkung des Extensionsverbandes am nichtoperierten, minder deformierten Beine drei Effloreszenzen von je 2 mm Durchmesser mit zentraler Erhebung und punktförmigen Blutungen auf der Dorsalseite des Handgelenkes hervor. In den folgenden Tagen breitete sich die Affektion unter starker Blasenbildung, Hämorrhagien, Ödem und schweren Allgemeinerscheinungen über weitere Gebiete aus und führte zum Verlust des Endgliedes des Daumens durch Nekrose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura fulminans, von F. E. BERTLING-Spokam. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd 531, Nr. 5.) Ein 18jähriger Mensch erkrankte mit Halsbeschwerden, die an eine schwere Angina erinnerten. Da in der Nachbarschaft Scharlach herrschte, dachte B. an eine Scharlachinfektion. Statt des Scharlachexanthems trat aber eine Purpura auf, welche mit schweren Allgemeinerscheinungen, Delirium und Fieber einherging. Siebzehn Stunden nach dem Auftreten der Purpura starb der Patient. *Schourp-Danzig.*

Kryptogene universale Infektion von Purpura urticans, von B. LEOPOLD-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) (Autopsiebericht in der Gesellschaft der Dermatologen und Urologen.) Eine 50jährige Frau mit hämorrhagischen Erythemen und ödematöser Urticaria starb unter septischen Symptomen. Überdies hatte sie vereinzelte Hämorrhagien, Urticariaknoten und auch Erytheme. Angeblich hatte sie auch vor fünf Jahren mehrere interne Blutungen, die nach zehn Tagen aufgehört haben. *Poross-Budapest.*

Die Bakteriologie der Purpura haemorrhagica, von MARTIRI. (*Rivista critic.* Bd. X, Nr. 28.) Literatur und zusammenfassendes Referat; nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Die Hämophilie und die hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie, von R. ROMME. (*Presse méd.* 1909. Nr. 33.) ROMME referiert in diesem Aufsatz einen von FRÉDERIC M. HAUES in den *Bullet. of the John Hopkins Hospital*, 1909, Nr. 216 erschienenen Aufsatz, indem dieser Autor 18 hereditäre Fälle von Hämorrhagien infolge disseminierter Angiome zusammenstellt. Die Krankheit ist charakterisiert durch Hämorrhagien, die in kleinen Teleangiektasien auftreten. Letztere sitzen in der Nase, in der Mundschleimhaut und am ganzen Körper zerstreut. Durch die häufigen Hämorrhagien tritt ein schwer anämischer Zustand mit seinen Folgen auf. Die

Teleangiektasien sind zuerst kapillär mit roter Farbe, gehen später auf die Venen über und bekommen eine blaue Farbe. Sie sind nur selten prominent und nie über linsengroſs. Mikroskopisch finden sich enorm erweiterte Gefäſse lakunenartig direkt unter stark verdünnter Epidermis. Die Krankheit ist hereditär. *Gunsett-Straſsburg.*

Ein Fall von Morbus Werlhoffi, von Josef Kossak-Radom. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 24.) Ein 17jähriger, bisher gesunder Stallbursche erkrankte plötzlich an heftigen Bauchschmerzen, denen nach drei Tagen hämorrhagische Flecke an den Extremitäten folgten, welche längere Zeit persistierten und sich nach und nach auch auf die Haut des Rückens, des Bauches und der Brust verbreiteten. Nach einem Monate kam es zu einer abermaligen Attacke heftiger Bauchschmerzen mit nachfolgender Eruption zahlreicher Blutextravasate; dasselbe Bild wiederholte sich dann noch zweimal, nach weiteren fünf und zehn Tagen. Auch die Stühle waren dabei ab und zu hämorrhagisch. Nach zehn Tagen fühlte sich Patient wohl, die Blutflecke sind bis auf dunkel gefärbte Flecke auf den Extremitäten ganz zurückgegangen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Traumatische Entzündungen.

Studien über Verbrühung, von Otto Lebbs-Berlin und R. Raysky-Tomsk. (*Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol. usw.* Bd. 197, Heft 1.) Die Verfasser treten der Untersuchung der Frage näher, ob die Blasenbildung ein ausschlieſslich vitaler Vorgang ist oder ob sich auch an der Leiche stehende, serumgefüllte Brandblasen entwickeln können. Sie fanden letzteres bestätigt und stellten fest, daſs sowohl bei postmortaler wie bei vitaler Verbrühung dem Stadium der Blasenbildung ein Stadium der Fächerbildung vorausgeht, eine Auseinanderdrängung der Zellen der germinativen Schicht des Rete Malpighi durch den Wasserdampf. Das Unterscheidende zwischen postmortaler und vitaler Verbrühung sind die entzündlichen Erscheinungen im Gewebe und die Leukocytenansammlung im Blaseninhalt bei der letzteren. Die Fäulnisblase für Brandblase zu halten, ist leicht zu vermeiden. Sie grenzt sich, abgesehen von dem Mangel an Entzündungserscheinungen, durch ihren histologischen Aufbau von der Verbrühungsblase ab. Ihr fehlt die Fächerbildung und die Zerstörung der germinativen Schicht. *Schourp-Danzig.*

Brandwunden durch Suggestion. (*Österreich. Krankenpflege-Ztg.* 16. Juli 1909.) Feuilletonistisches über Experimente, die auf diesem Gebiete vorgenommen worden sind und die ergeben haben, daſs man niemals Verbrennungserscheinungen hervorrufen kann, wenn die Versuchsperson sich noch nie verbrannt hat.

W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Behandlung der Verbrennungen, von A. Lejeune-Frankfurt a. M. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1909. Nr. 11.) Man spritze in die horizontal gestellte Brandblase mittels einer Punktionsspritze mit weiter Kanüle Wismuthum nitricum ein. Nach einigen Minuten hat sich das ganze Wismuth auf dem Grunde der Blase niedergeschlagen und man sauge nun mittels der steckengebliebenen Kanüle den Inhalt der Brandblase auf. Die Blasenkuppe senkt sich und schlieſst das Wismuth völlig ab; die Einstichöffnung wird mit einem Pflaster verschlossen. Steriler Mull und Watteverband, fest angelegt, beschlieſsen die ganze Prozedur. Der Verband bleibt am besten sechs bis acht Tage liegen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Dermatitis durch Haarfärben, von John G. Burke-Pittsburg. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 7.) Fall von artefizieller Dermatitis bei einer Dame infolge Anwendung von Potters Walnussaft-Haarfärbemittel. *Schourp-Danzig.*

Experimentelle Erzeugung einer professionellen Dermatose der Seidenindustrie, von F. Heim und L. M. Pautrier. (*Comptes vendus des séances de la Société de Biologie.* 1904. Bd. 57, S. 217.) Die Seidenraupen-Cocons werden zuerst in heifses Wasser gebracht, wo sich das Bindemittel der Seidenfäden löst, so dafs dieselben aufgewickelt werden können. Bei dieser Prozedur, die im heifsen Wasser vorgenommen wird, bekommen die Arbeiterinnen ein vesiculo-bullöses Erythem, das bald unter starker Schmerzhaftigkeit pustulös wird. Die Heilung erfolgt durch Eröffnung der Pusteln, oft treten aber tiefe Entzündung und kleine circumskripte Phlegmone als Komplikation auf. Es gelang den Autoren durch Salben, welche gepulverte Puppen enthielten, die Affektion auf ihrer eigenen Haut zu erzeugen. Sie glauben deshalb, dafs die Puppen selber eine irritierende Substanz enthalten, welche die Krankheit erzeugt. Es handelt sich aber immer um Tiere, die während ihrer Entwicklung gelitten haben und auch eine minderwertige Seide erzeugen.

Gunsett-Strafsburg.

Die durch die Millepora erzeugten Hautläsionen, von F. W. Jones. (*Brit. med. Journ.* 13. März 1909.) Während die gewöhnlichen genannten Korallentiere, die Madreporen, unschädlich sind, besitzen die Milleporen zahlreiche fadenförmige Anhängsel, deren Berührung auf der menschlichen Haut stark reizend wirkt und Pustelbildung und intensive Desquamation erzeugt. Verfasser beschreibt (mit Abbildung) den Fall eines Chinesen, der beim Schwimmen mit einer solchen Kolonie in Berührung gekommen war und sich erhebliche Läsionen zuzog.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Über eine Form von Erythema exsudativum, welche besonders bei schwerem Alkoholismus vorzukommen scheint, von L. M. Bonnet. (*Lyon méd.* 1909. Nr. 27.) Die hier beschriebenen Erytheme kommen nur bei ganz schwerem Alkoholismus vor. Sie finden sich auf dem Handrücken und im Gesicht und zwar meistens symmetrisch. Das Primärelement ist eine Papel, welche sich bei wenig intensiven Fällen wieder zurückbildet, bei anderen unter peripherer Ausdehnung und seröser Durchtränkung zu einer halbkreisförmigen, etwas unregelmäfsigen Plaque anwächst, welche eine pseudobullöse Form annehmen kann. Die Affektion ist ziemlich schmerzhaft, doch erst, wenn die seröse Durchtränkung die Gewebe zur Schwellung bringt.

Gunsett-Strafsburg.

Aseptische, eitrige, meningeale Reaktion im Anschlufs an eine Rachistovainisation. Intaktbleiben der polynukleären Leukocyten. Anschliefsender Herpes zoster. Heilung, von Pautrier und Cl. Simon. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris.* 22. Nov. 1907.) Interessant an dem Fall ist das Auftreten des Herpes zoster am dritten Tage nach einer aseptischen Vermehrung der polynukleären Zellen, während gewöhnlich eine Lymphocytose im Anschlufs an Herpes zoster gefunden wird. Die Autoren glauben deshalb annehmen zu dürfen, dafs beim Herpes zoster eine meningeale Reizung das Primäre ist, die erst nachträglich auf das Spinalganglion übergeht.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von Herpes zoster intercosto-humeralis, von Roderich Krumbholz. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 31.) Kurze Beschreibung eines Falles von sehr ausgebreitetem Herpes zoster intercosto-humeralis, bei welchem die befallenen Partien genau dem Verlaufe des Nerven und seiner Zweige entsprachen. Der Verlauf war ein äufserst milder.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Verschwinden von paroxysmalen Attacken von Tachykardien nach Ausbruch von Herpes zoster, von A. C. Turner-Sheffield. (*Brit med. Journ.* 9. Okt. 1909.) Ein 15jähriges Mädchen hatte seit ihrem fünften Lebensjahr ziemlich regelmäfsig ungefähr alle zwei Monate eine Attacke von Tachykardie, grofser Beklemmung und Angstgefühl und schliefslich Erbrechen durchgemacht. Nach Überstehen eines typischen Zosterausschlags im Gebiet des zweiten Nervus thoracicus linkerseits sind drei Jahre ohne Rückkehr der Herzbeschwerden vergangen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen bei einer Typhusepidemie in Tatabánya, von D. Bajor-Tatabánya. (*Oroosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Hervorzuheben ist, dafs Herpes labialis in 100 Fällen neunmal gefunden wurde ohne Pneumonie. *Porosz-Budapest.*

Herpes simplex, von Frank Crozer Knowles - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 7. August 1909.) Herpes simplex und Herpes zoster haben zwar in manchen Fällen grofse Ähnlichkeit, sind aber meist dadurch leicht zu unterscheiden, dafs letzterer beinahe stets nur eine Seite befällt, gewöhnlich dem Verlaufe der Nerven folgt, sehr selten rezidiviert und häufig mit beträchtlichen Schmerzanfällen verbunden ist. Bezüglich der Ätiologie des einfachen Herpes kann nichts Bestimmtes angegeben werden, er tritt gewöhnlich in den früheren Lebensjahren, mit Vorliebe an der Lippen-Mundschleimhaut und umgebenden Haut auf und ist mit einer Anzahl verschiedener Krankheiten, wie Pneumonie, Cerebrospinalmeningitis, Influenza, Typhus, häufig verbunden. Eine spezielle Form sind der Herpes menstrualis und der Herpes progenitalis, für welch letzteren u. a. Unreinlichkeit, Hitze, Fettsucht bei Männern und Frauen die Ursache bilden. Pathologisch-anatomisch wurden in den letzten Jahren bei Herpes simplex ausgesprochene Kongestion der Venen, welche an den Ursprungsstellen der oberen Kieferäste beider Gasserschen Ganglien liegen, und der Nacken-, Gehirn- und Gehirnsinusvenen festgestellt; in einigen Fällen bestand auch akute Entzündung des Ganglion Gasseri. Weitere Untersuchungen müssen noch lehren, ob diese zentrale oder periphere Wirkung auf das Nervensystem toxischer, traumatischer Natur oder ein spezifischer Organismus deren Ursache ist. *Stern-München.*

Die Behandlung des Herpes zoster. Verfasser ungenannt. (*Journ d. pratic.* 1909. Nr. 18.) Die von Duclos empfohlene Behandlung des Herpes zoster mit Elektrizität, Röntgen- und Lichtstrahlen scheint der bisher üblichen Behandlungsmethode an Wirksamkeit wesentlich überlegen zu sein: die Dauer der Eruption ist kürzer, die Bläschen trocknen rascher ein, die Neuralgien verlaufen viel leichter und hören viel schneller auf, das kosmetische Resultat ist besser. Die vorzüglichsten Erfolge ergibt die Behandlung mit dem galvanischen Strom, der nach Duclos so stark angewendet werden soll, als es der Patient verträgt; in einem Falle kam Duclos bis zu 45 Milliampères. Die positive Elektrode wird auf die erkrankte Hautpartie, die negative auf die Gegend der dem Eruptionsgebiet entsprechenden Spinalnervenwurzeln aufgesetzt, die Sitzungen dauern 10—20 Minuten und werden täglich vorgenommen, bis die Schmerzen verschwunden und die Bläschen eingetrocknet sind; das ist durchschnittlich nach einer Woche der Fall. *Götz-München.*

Ein Fall von Hydroa gestationis, von N. M. Falkiner - Dublin. (*Lancet.* 4. Sept. 1909.) Kurzer Bericht über eine Patientin, welche bei vier von acht Graviditäten die Affektion darbot. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über günstige Beeinflussung des Malum perforans pedis durch Paraffininjektionen, von Karl Gütig-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Bei einem 32jährigen Manne blieben nach den Paraffininjektionen an allen behandelten Stellen Schwielenbildung und Abscefsbildung fort. Die Injektionsmethode ist vollkommen schmerzlos und ungefährlich. *Schourp-Danzig.*

Epidermolysis bullosa, von G. Pernet-London. (*Brit. med. Journ.* 15. Mai 1909.) Kurzer Bericht über einen Fall von typischem Pemphigus congenitalis, bei welchem als seltene Ausnahme eine Affektion der Augen konstatiert wurde. Dieselbe soll drei Monate nach der Geburt aufgetreten sein und bestand in Trübung der Cornea beiderseits mit mehr oder weniger starker Gefäſsbildung an derselben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Über die Differentialdiagnose der akuten exanthematischen Krankheiten, von O. Heubner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Ein sehr instruktiver Aufsatz, der aber naturgemäſs viele bekannte Einzelheiten enthält. Bezüglich der „vierten" Krankheit äuſsert sich H. sehr reservierrt; seinen Erfahrungen zufolge kommt zweifellos eine leichte exanthematische, epidemische Krankheit, die dem Scharlach ähnlich aussieht und der Schilderung Dukes entspricht, vor; doch ist die Frage, ob es sich dabei um eine selbständige Krankheit oder um Röteln mit scharlachartigem Exanthem handelt, noch unentschieden. — Das von Sticker als „infektiöses Erythem", von anderer Seite wohl auch als „fünfte" Krankheit bezeichnete Exanthem tritt in kleinen, örtlich und zeitlich umgrenzten Epidemien auf. Vereinzelt scheint es auch in Berlin vorzukommen, H. selbst hat es zum ersten Male vor kurzem an drei Kindern seiner Scharlachabteilung beobachtet. — Der Anschauung mancher Autoren, daſs alle skarlatiniformen Serumexantheme echte Scharlachfälle seien, vermag H. nicht beizustimmen; seiner Erfahrung nach ist nicht daran zu zweifeln, daſs es wirkliche Serumexantheme von ganz scharlachähnlichem Charakter gibt. — Das von französischen Ärzten schon vor Jahrzehnten beschriebene Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans hat auſserordentlich groſse Ähnlichkeit mit Scharlach und tritt anscheinend mit Vorliebe bei Kranken auf, die einmal Scharlach gehabt haben; es kennzeichnet sich als ein mit Fieber einhergehendes, über den ganzen Körper ausgebreitetes, sprüſsliges Exanthem, das bald nach dem Ausbruch sehr stark zu schuppen beginnt, heftig juckt, im allgemeinen länger als der echte Scharlach auf der Haut steht und manchmal durch Ohreneiterungen und Nierenentzündungen kompliziert ist. Vom Scharlach unterscheidet es sich klinisch nur dadurch, daſs das initiale Erbrechen und eine stärkere Rachenaffektion zu fehlen scheinen; seine wichtigste Eigentümlichkeit ist die groſse Neignng zu Rezidiven.

Vor kurzem ist es in H.s Klinik gelungen, aus dem Blute eines an Scarlatina gravissima erkrankten Kindes ein Antigen zu gewinnen, das mit dem Serum eines an Scharlachnephritis mit Anämie erkrankten Kindes eine sehr deutliche Präzipitinreaktion ergab; mit dem Serum eines anderen Kindes, das am zweiten Tage nach der Injektion von Diphtherieheilserum ein scharlachähnliches Exanthem bekommen hatte, war die Reaktion nicht auszulösen. In der allerjüngsten Zeit haben Haendel und Schultz mit Scharlachantigen (Extrakt aus der Leber eines an Scharlach verstorbenen Kindes) bei 24 von 31 Scharlachseris Komplementablenkung erzielt; die Reaktion war aber nur wenige Tage nachweisbar, und auſserdem zeigte sich, daſs auch einige Sera von Masernkindern mit dem Scharlachleberantigen positiv reagierten. Vielleicht wird die weitere Ausbildung einer dieser beiden Methoden zur Möglickeit einer sicheren Diagnose aller Scharlachfälle führen.

Götz-München.

Entgiftung des Körpers bei akuten Exanthemen, von Gustav Heim. (*Zentralbl. f. Kinderheilk.* XIV. Jahrg., Heft 6.) Bei den akuten Exanthemen haben wir einen Akt der Selbstheilung vor uns. Wie anderer schädlicher Stoffwechselprodukte im normalen Leben, so sucht sich hier der Körper des eingedrungenen Giftes durch

die Haut, neben den Nieren das wichtigste Ausscheidungsorgan, zu entledigen, wobei diese sich in einer den Giften entsprechenden Weise entzündet. Es handelt sich also darum, recht viel Blut in die Haut zu ziehen, die Hautporen zu öffnen, die Schweifsdrüsen in hochgradige Tätigkeit zu versetzen. Das alles erreicht man durch Schweifsprozeduren (feuchtwarme Einpackungen, Bettheifsluftbad oder eventuell nur dichtes und starkes Zudecken). Ein zweites Mittel zur Entgiftung der Gewebe ist reichliches Trinken; dadurch werden die Toxine durch die Nieren ausgeschieden, und dieses in verdünntem Zustande, wodurch einer Schädigung des Nierenparenchyms vorgebeugt wird. Verfasser fafst die Geschwüre und Ausschläge der Syphilis auch als Heilbestrebungen des Körpers auf wie bei den akuten Exanthemen und empfiehlt daher hier auch Schwitzprozeduren und Sonnenbäder. *Haas-Hamburg.*

Über die Blutuntersuchung bei Infektionskrankheiten der Kinder (Masern, Diphtherie, Scharlach und Pocken), von Matylda und Waclaw Biehler. (*Medycyna i Kronika lek.* 1909. Nr. 18 u. 19.) Verfasser untersuchten das Blut von 17 Masern-, 8 Pocken-, 11 Diphtherie- und 21 Scharlachfällen und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die Blutuntersuchung bei Infektionskrankheiten der Kinder zeigt in keiner der Krankheiten etwas Spezifisches an. Die Zahl der Leukocyten vermehrt sich in allen Fällen, die mit Komplikationen verbunden sind. Eine normale Leukocytenzahl ist deshalb als prognostisch gutes Zeichen zu verwerten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Frage der Seuchenbekämpfung, insbesondere von Scharlach, von Bachmann. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1909. Nr. 10.) Die staatliche Seuchenbekämpfung möge auch die hygienisch-diätetische Prophylaxe, anstatt ausschliefslich die Vernichtung von Infektionserregern berücksichtigen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Protozoenbefunde bei Typhus exanthematicus, von E. Krompecher, M. Goldzieher und J. Angyán-Budapest. (*Centrálbl. f. Bakt.* Bd. 50, Heft 6.) Verfasser hatten Gelegenheit, im Frühling 1908 zu Budapest eine Flecktyphusepidemie zu beobachten, und zwar an 203 Fällen; dieselbe ergab die ziemlich hohe Mortalität von 53 Fällen = 26,3%. Sowohl das Leichenmaterial wie das Blut der Kranken wurde bakteriologisch untersucht, und zwar an insgesamt 48 Fällen. In den Ausstrichpräparaten des Blutes Lebender wurden bei Giemsa-Färbung Gebilde gefunden, deren morphologisches und tinktorielles Verhalten wie auch das Vorkommen innerhalb der Erythrocyten, Protozoen entspricht und teils an Piroplasmen, teils an Malariaplasmodien erinnert, keiner dieser beiden Protozoenarten aber völlig gleicht. Diese Gebilde sind im allgemeinen schon wenig zahlreich und blofs in tadellosen Giemsa-Präparaten aufzufinden. Trotz des sehr zeitraubenden Auffindens der Körperchen gelang es Verfassern, in fast allen von Lebenden stammenden Blutpräparaten ihre Anwesenheit nachzuweisen, auch in Ausstrichpräparaten von Milz und Knochenmark; das Studium eventueller Entwicklungsstadien hatte aber keine positiven Resultate. Diese Protozoen glauben nun Verfasser zu der Typhuserkrankung in kausalen Zusammenhang bringen zu können, zumal die epidemiologischen Erfahrungen auf die Möglichkeit hinweisen, dafs bei der Entstehung des Typhus exanthematicus ein Protozoon beteiligt sei, welches durch häusliches Ungeziefer, wie Wanzen, Flöhe, Läuse, verbreitet wird. In der Mehrzahl der Fälle fanden sich nun im Blute der Kranken wie der Leichen auch pathogene Bakterien, nämlich Strepto-, Staphylokokken usw. Die bakteriologischen Untersuchungen der Verfasser sprechen nun dafür, dafs bei manchen Fällen neben den ätiologisch verantwortlichen Protozoen auch den erwähnten Bakterien eine gewisse Rolle zukommt; durch das Eindringen der Protozoen und die dadurch verursachte Infektion des Organismus ist möglicherweise dessen Widerstandskraft herabgesetzt, wobei den wiederum

eher auf unreinlichen, unhygienisch lebenden Individuen haftenden Bakterien Gelegenheit zum Überhandnehmen und zur Aggravierung des Krankheitsbildes geboten ist. Mit einer farbigen Tafel. *Stern-München.*

Einige Bemerkungen zu der gegenwärtigen Epidemie von Typhus exanthematicus, von L. Olivares-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 14.) Olivares weist zuerst darauf hin, daſs der Typhus exanthematicus nicht im gewöhnlichen Sinne als kontagiös angesehen werden kann. Er tritt nur bei schmutzigen Individuen in elenden Wohnungen auf und wird wahrscheinlich durch einen Parasiten, eine Laus, übertragen. Dies wird auch besonders dadurch bestätigt, daſs die Krankheit im Winter viel häufiger ist und mit dem Frühjahr sehr abnimmt. Im übrigen unterscheidet sich der Typhus exanthematicus in mancher Beziehung vom gewöhnlichen. So beginnt die Temperatursteigerung nicht sofort, sondern tritt allmählich ein, so daſs mit dem vierten oder fünften Tage 39 oder 40° gemessen werden. Die Eruption selber kann masernähnlich werden. Die nervösen Symptome, Delirien usw. sind wie beim richtigen Typhus. Je stärker die nervösen Phänomene, um so schwerer der Fall. Ebenso ist eine Temperatur von 40½ bis 41°, wenn sie drei oder mehr Tage dauert, unbedingt Anzeichen eines tödlichen Ausganges. Was die Behandlung anbetrifft, so hat O. weder von Antistreptokokkenserum noch von kolloidalen Metallen einen Erfolg gesehen. Die Bäderbehandlung sei direkt verderblich. Seine Behandlung ist nur symptomatisch und auf die Erhaltung der Kräfte zielend.

Gunsett-Straſsburg.

Scharlachfieber, von Kornel Preisich-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) Während zweier ausgedehnter Scharlachepidemien (ca. 7000 Einzelerkrankungen) ist P. zu der Überzeugung gekommen, daſs es sog. reine Scharlachfälle gibt mit rapidem Ansteigen und kritischem Abfall der Temperatur, deren Angina nie Belag zeigt und sich nie zu einer ulcero-membranacea oder necrotica steigert. Diesen reinen Formen stellt er den gewöhnlichen, mit der Beschreibung in den Lehrbüchern (Lysis!) übereinstimmenden Verlauf gegenüber, den er als Mischinfektion ansieht, als Mischinfektion mit Streptokokken, denen er eine ätiologische Bedeutung nicht zuerkennen kann. Die meist in einem Temperaturfall sich äuſsernde Wirkung des Moserschen oder Marmorekschen Serums ist eine Wirkung gegenüber der Streptokokkenmischinfektion, während der Scharlach selbst unbeeinfluſst bleibt.

W. Lehmann-Stettin.

Bakteriologische und serologische Untersuchungen bei Scharlach, von Felix Schleissner-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) S. ist durch zahlreiche Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, daſs der Streptococcus, wenn er nicht der Erreger des Scharlachs ist, so doch sicherlich in der Pathogenese der Erkrankung eine sehr wesentliche Rolle spielt. Er war imstande, in allen jenen Fällen, die zeitig genug zur Untersuchung kamen, noch vor Beginn der Angina auf den Tonsillen Streptokokken nachzuweisen, die bei Züchtung auf erstarrtem Rinderserum beinahe in Reinkultur aufgingen. Er konnte in vielen Fällen aus dem Blute Streptokokken züchten, deren Emulsionen mit den Seris von Scharlachkranken der zweiten bis fünften Woche fast ausschlieſslich Komplementbindung gaben.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Ätiologie des Scharlachs. Biologische Untersuchungen zur Kenntnis desselben von Spiebro Liviebato-Genua. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 50, Heft 4.) L. untersuchte innerhalb zweier Jahre 18 Scharlachfälle, und zwar wurde das Serum mittels Aderlasses aus einer der Adern der Ellenbogenbeuge der Patienten, wenn sie erhöhte Temperatur und einen typischen, markierten Ausschlag der Haut zeigten, entnommen. Bei der angewandten Methode hielt sich B. strenge an die klassischen Angaben von

Bordet und Gengou. Die Resultate waren folgende: Vollständige, immer konstante Hemmung der Hämolyse nur in jenen Röhren, in welchen in der biologischen Reaktion zusammen mit dem Serum eines Scharlachkranken als Antigen Emulsion von Strepto coccus-Kultur verwendet wurde, ebenso konstante Hämolyse in allen anderen Röhren, in welchen zusammen mit dem Serum eines Scharlachkranken als Antigen eine Emulsion von anderen, verschiedenen Mikroorganismen funktionierte, nämlich Staphylococcus aureus, albus, Diplococcus, Bacillus coli, typhi usw. usw. Es sind also im Blutserum von Scharlachkranken Stoffe vorhanden, die konstant spezifisch gegen den Streptococcus sind, und damit die Streptokokkennatur des Scharlachs bekräftigt, die ja von verschiedenen Forschern, welche sich der gewöhnlichen direkten bakteriologischen Prüfung bedienten (Babès, v. Kurth, Merignac usw.) angenommen wird.

Stern-München.

Über die Rolle der Streptokokken bei der Scharlachinfektion, von Felix Schleipner. (*Folia serolog.* Bd. III, Heft 6.) Der häufig gelungene Nachweis der Streptokokken im Blut ist nur als ein Argument für die Bedeutung desselben anzusehen, besagt aber nichts für die Ätiologie. Wohl aber spricht das fast konstante Vorhandensein von Antikörpern gegen Streptococcus dafür, dafs dieser in enger biologischer Beziehung zum ganzen Krankheitsprozesse steht. *Haas-Hamburg.*

Zur Frage des Scharlachs, von Benjamin Kaplan-Murawjewo. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Über den Ort, wo sich der unbekannte Scharlacherreger ansiedelt, glaubt K., dafs dieses bei geringfügigen oder fehlenden Halserscheinungen der Darm sein kann. Ihm scheint, als ob das gesamte lymphatische Gewebe des Körpers einen „Locus minorus resistentiae“ für das schädigende Agens bildet.

Livider Ausschlag, wobei die ganze Hautdecke eine graugelbe Verfärbung annimmt, auf der schwach schimmernde bläuliche Flecke sichtbar sind, ist ein Zeichen versagender Herztätigkeit. Als ernstes Symptom ist mitunter die abweichende Lokalisation des Ausschlages zu Beginn der Krankheit aufzuweisen. So befiel das Exanthem in einem angeführten Falle zunächst Gesäfs und Oberschenkel, in einem anderen Gesicht und untere Extremitäten. Scharlachrezidiv beobachtete K. zweimal: an zwei Schwestern, von denen eine am 12., die andere am 21. Krankheitstage ein nochmaliges Exanthem bekam. *Arthur Schucht-Danzig.*

Durch geheilte Scharlachfälle hervorgerufene Infektionen, von K. Preisich-Budapest. (Vortrag in dem Kgl. Ärzteverein in Budapest.) 145 Fälle, die aus dem Szt. László-Spitale nach Isolierung geheilt entlassen worden sind, verbreiteten zu Hause die Infektion weiter. Verfasser ist der Ansicht, dafs nicht das losgelöste Epithel infiziert, sondern die auf der Schleimhaut zurückgebliebenen Keime. Bei gesunden Schleimhäuten hört nach fünf bis sechs Wochen die Infektion auf, während bei kranken Schleimhäuten die geheilten Scharlachkranken noch drei bis vier Wochen später infizieren können. In Spitälern nehmen die Patienten mit gesunden Schleimhäuten immer neue Keime auf; deshalb wäre es empfehlenswert, dafs nach der dritten Woche die Rekonvaleszenten von den Neuerkrankten isoliert werden und auch von jenen, deren Schleimhaut nicht gesund ist. An der Diskussion nahm Gerlóczy teil, der sagte, dafs er während seiner 20jährigen Praxis im Infektionsspital in der Diphtherieabteilung an den irrtümlich dahin verlegten Scharlachkranken nur dann eine Infektion beobachtet hat, wenn der Scharlach im Abschuppungsstadium war. Deutsch, der seit 13 Jahren 350 internierte Waisenkinder kontrollierte, isoliert die aus dem Spital Entlassenen noch zehn Tage und entläfst sie nach mehrfachem gründlichen Baden und nach Desinfizierung der Nasen-Rachenhöhle zu den übrigen gesunden Kindern. *Poross-Budapest.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 49. №. 12. 15. Dezember 1909.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Direktor: Dr. C. STERN) und dem pathologischen Institut (Direktor: Prof. Dr. LUBARSCH) zu Düsseldorf.

Zur Kenntnis der multiplen cystischen Lymphangiome der Haut.

Von

Dr. ADOLF PINCZOWER,
Assistenzarzt der Klinik.

Mit drei Abbildungen im Text.

Die 24 Jahre alte Prostituierte Elisabeth Sch. wurde am 5. Juli 1909 wegen eitrigen Ausflusses und Ausschlags in die Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten eingeliefert. Sie gab an, vor neun Jahren Syphilis erworben und vor sieben Jahren ein totfaules Kind geboren zu haben. Ein ausgedehnter Ausschlag auf der Brust und dem linken Oberschenkel bestehe seit etwa einem Jahr.

Die objektive Untersuchung ergab, dafs es sich hierbei um ein ausgedehntes tubero-serpiginöses Syphilid handelte. Es besteht ferner unter dem linken Kieferrande eine 3 cm lange Narbe, die angeblich von einer Exstirpation tuberkulöser Lymphknoten herrührt. Die schwächliche, grazil gebaute Patientin hat aufserdem einen Katarrh der rechten Lungenspitze.

Unser ganz besonderes klinisches Interesse erweckte indes eine unscheinbare Hautaffektion in der rechten Hüftgegend und eine zwei bis drei Finger breit oberhalb davon gelegene Geschwulst. Beide Veränderungen sollen angeblich seit dem zehnten Lebensjahr bestehen.

Erstere hatte eine Ausdehnung von 4 cm Länge und 1—2 cm Breite und bestand aus dicht nebeneinanderstehenden, stecknadelkopf- bis hirsekorngrofsen Erhebungen über das Hautniveau, die auf den ersten Anblick den Eindruck kleiner Wärzchen machten. Sie safsen auf normaler Haut, hatten dieselbe Farbe wie die Umgebung und waren nur an einzelnen Stellen von dunkelroten bis blauen feinen Linien, vereinzelten Teleangiektasien überzogen, die dem ganzen ein etwas scheckiges Aussehen gaben. Bei näherer Betrachtung zeigte es sich, dafs es sich um kleinste Bläschen

handelte, die eine feste Decke hatten und sich prall elastisch anfühlten. Auf Druck verschwanden sie nicht, wurden auch nicht kleiner und entleerten auf Anstich ein wenig klare, gelbliche Flüssigkeit, die alkalisch reagierte und bei der mikroskopischen Untersuchung wenige Lymphocyten aufwies. Die Affektion hat die Patientin nie belästigt und insbesondere auch auf Druck niemals Schmerzen verursacht.

Die oberhalb von der Bläschengruppe gelegene, etwa hühnereigroſse Geschwulst, die auf den ersten Anblick wegen der Lokalisation an ein Lipom denken lieſs, war von normaler Haut bedeckt, auf der Unterlage gut verschieblich, fühlte sich prall elastisch, etwa wie ein Luftkissen an, und lieſs sich scheinbar wegdrücken, stürzte aber wie eine kindliche Nabelhernie immer wieder hervor. Wohl infolge dieser Manipulationen und Palpationen schimmerte die Geschwulst nach einigen Tagen mit blaſsblauer Farbe durch die Haut hindurch.

Bezüglich der oberflächlichen Bläschengruppe stellten wir die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Lymphangioma simplex sive superficiale circumscriptum. Eine andere bläschenbildende Affektion konnte nicht in Frage kommen. Gegen einen Herpes zoster sprach der lange Bestand und der völlige Mangel entzündlicher Erscheinungen, insbesondere der Schmerzhaftigkeit. Gegen einfache Lymphangiektasien sprachen das Fehlen jeglicher Lymphorrhoe und des elefantiastischen Ödems. Unsere klinische Diagnose wurde durch die an zwei kleinen exzidierten Hautstückchen vorgenommene mikroskopische Untersuchung, auf die noch genauer eingegangen werden soll, bestätigt. Indes blieben wir über die Natur des gröſseren Tumors im Unklaren. Die Fluktuation lieſs uns jedoch an die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit den oberflächlichen Lymphangiomen denken. Unserem Interesse kam die Patientin dadurch entgegen, daſs sie sich am 19. Juli die Geschwulst mitsamt den benachbarten Bläschen in groſsem Umfange exstirpieren lieſs. Es wurde ein fast handflächengroſses Hautstück herausgeschnitten. Die Operation wurde in Äthernarkose von meinem Chef, Herrn Direktor Dr. Stern, ausgeführt. Die Wundränder wurden durch Nähte geschlossen. Die Heilung erfolgte per primam intentionem.

Die Geschwulst, die zwischen der Fettschicht und der Muskulatur lag, erwies sich als eine fast hühnereigroſse, dunkelblaurote, gut ausschälbare Hohlkugel mit dünner Wandung. Der Inhalt der Cyste war braunrote, alkalisch reagierende Flüssigkeit, die, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, vorwiegend degenerierte rote Blutkörperchen, vereinzelte weiſse Blutkörperchen, Lymphocyten, Fetttröpfchenhaufen, groſse Fettkörnchenzellen, groſse Pigmentzellen, blutkörperchenhaltige Zellen und Hämatoidinkrystalle enthielt. Die Wandung war im Innern glatt und zeigte zahlreiche dünne Leisten, die in das Lumen hineinragten und den

Eindruck machten, als ob dieses ganze Hohlgebilde aus mehreren dicht aneinander grenzenden kleineren Höhlen entstanden sei. Durch Druck sind wohl im Laufe der Zeit die Zwischenwandungen usuriert und zum gröſsten Teil zum Schwinden gebracht worden.

Auch diesen Tumor muſsten wir trotz seines sanguinolenten Inhalts als primäres Lymphangiom auffassen. Ursprünglich war ja wohl auch diese groſse Cyste mit Lymphe angefüllt; die darüberziehende Haut hatte doch in den ersten Tagen unserer klinischen Beobachtung die normale Farbe. Erst später muſste sich infolge der wiederholten Palpationen und Versuche, den Tumor wegzudrücken, und der dadurch bedingten Zerreiſsung der benachbarten Blutgefäſse Blut beigemischt haben, so daſs später die bedeckende Haut einen bläulichen Farbenton annahm. Allerdings wäre schon wegen der nahen Beziehungen zwischen Lymph- und Blutgefäſssystem die Diagnose Hämolymphangiom nahe liegend, zumal ja Fälle von oberflächlichen Lymphangiomen beschrieben sind, die mit tiefer liegenden Hämangiomen kombiniert waren (Török, Kaposi).

Unsere Auffassung, daſs es sich hier um ein groſses subcutanes Lymphangiom handele, gewann vollends ihre Bestätigung durch den Befund, den wir an dem exstirpierten Präparat erheben konnten. Da waren wir denn ungemein überrascht, als wir die Haut in der Umgebung der Geschwulst und der kleinen Bläschen aufschnitten. Wir sahen nämlich die Haut auch an Stellen, die äuſserlich gar keine Veränderung zeigten, von linsen- bis überbohnengroſsen, kugeligen, ovalen, spaltförmigen oder ganz unregelmäſsig gestalteten Hohlräumen durchsetzt. Diese fanden sich ganz besonders im Unterhautzellgewebe und reichten bis an die Muskulatur heran. Sie waren ebenso wie die oberflächlichen Bläschen zumeist mit klarer, wenig Lymphocyten enthaltender, gelblicher, alkalisch reagierender, selten mit blutiger Flüssigkeit erfüllt, zeigten eine glatte Innenwand und leistenartige Vorsprünge oder einen vielkammerigen Bau. Die ganze Haut, namentlich das Unterhautzellgewebe, war hier förmlich wie von einem Maschenwerk durchzogen. Überall sprangen ins Lumen dieses Netzwerkes schneckenförmig gewundene dünne Leisten und Septen hinein und boten je nach der Gröſse und Form der Hohlräume und Scheidewände ein ganz wechselvolles Bild. Diese Höhlen reichten bis dicht an die Wandungen der hühnereigroſsen Cyste heran. Mithin ist diese eben aus der Verschmelzung mehrerer kleinerer Lymphcysten hervorgegangen, deren Wandungen nach und nach zum Teil zugrunde gegangen sind und jetzt nur noch als schmale, ins Lumen prominierende Leisten erscheinen.

Histologie.

Mikroskopisch untersucht wurden zunächst die beiden etwa erbsengroſsen, mit der Dreuwschen Feder exzidierten Stückchen des oberfläch-

lichen Lymphangioms, ferner nach erfolgter Exstirpation des ganzen, fast handtellergroſsen Hautstückes einige Stücke der tieferen Lymphangiome und ein Stück von der Wand der groſsen Cyste. Die einzelnen Hautstücke wurden in 10%iger Formalinlösung fixiert, in aufsteigendem Alkohol, Anilin und Xylol gehärtet und in Paraffin eingebettet; die Schnitte nach v. GIESON, mit Hämalaun-Säurebraun, nach WEIGERT auf elastische Fasern und nach UNNA-PAPPENHEIM mit Methylgrün-Pyronin auf Plasma- und Mastzellen gefärbt.

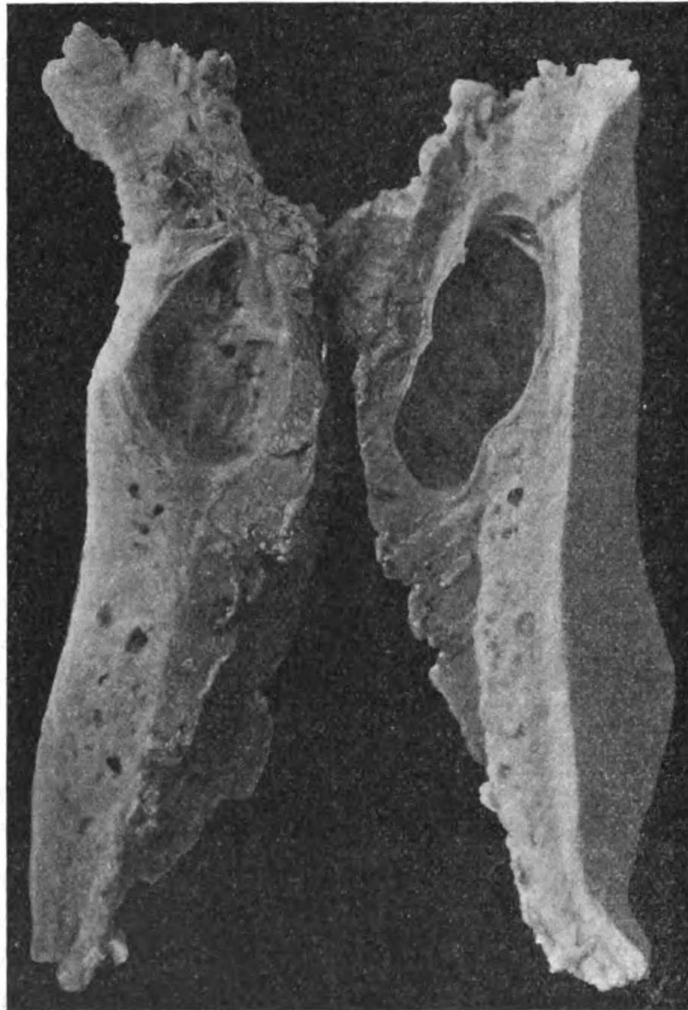


Fig. 1.
Durchschnitt durch den exstirpierten Tumor mit den zahlreichen Nebencysten.

In der Umgebung der Bläschengruppe ist das Epithel von normaler Beschaffenheit. Im Papillarkörper und in der subepithelialen Zone zeigen sich beträchtliche Erweiterungen der Blutkapillaren, die strotzend mit roten Blutkörperchen angefüllt, von circumskripten Rundzelleninfiltraten umgeben sind und Wucherungen der Wandelemente zeigen. Auſserdem finden sich zahlreiche kleine circumskripte Rundzelleninfiltrate, die scheinbar nicht mit den Gefäſsen in Verbindung stehen. Auch die Lymphgefäſse

sind bereits erweitert, von platten Endothelzellen mit ovalen Kernen ausgekleidet und mit feinkörniger, zellarmer geronnener Lymphe angefüllt, aber nirgends von Rundzellinfiltration umgeben. Je näher man den Bläschen kommt, um so weiter werden die Lymphgefäfsräume. Man erkennt deutlich den Übergang zu den eigentlichen Lymphangiomen, den bereits makroskopisch sichtbaren Bläschen. Bei diesen zeigt die Epidermis schon ganz erhebliche Veränderungen. Infolge der darunter gelegenen grofsen Lymphräume ist es passiv beträchtlich verschmälert, meist sogar bis auf zwei oder drei Zelllagen. Die Hornschicht ist verdünnt. Die Papillen fehlen völlig, dafür sind sie in der Nachbarschaft um so zahlreicher. Die eigentlichen, primären Veränderungen liegen im Papillar-

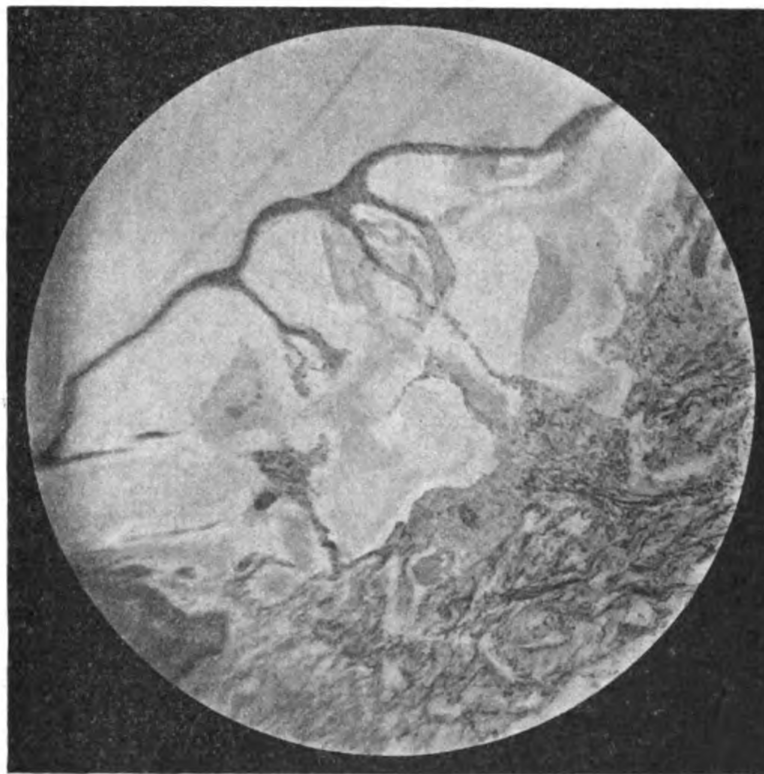


Fig. 2.
Schnitt durch die Haut mit den zahlreichen subepidermoidalen Cysten.
Schwache Vergr.

körper, meist dicht unter dem Epithel. Es sind zahlreiche meist vielkammerige Hohlräume, die das darüberliegende Epithel stark vorwölben. Sie sind alle von Endothel ausgekleidet und mit feinkörnigem homogenem, gelblichem, geronnenem Serum ausgefüllt, das von den Wandungen etwas abgedrängt ist. Manche Cysten sind ganz leer; offenbar ist der Inhalt bei der Präparation ausgeflossen. Im Serum finden sich vereinzelt einkernige Lymphocyten, bisweilen auch einzelne zu einem kleinen Haufen zusammengeballte Zellen. Wenige Cysten enthalten auch überwiegend rote Blutkörperchen oder eine Mischung von Lymphe und Blut. Das Endothel besteht aus regelmäfsigen, flach anliegenden, vereinzelt auch

aus deutlich ins Lumen vorspringenden Zellen mit bauchigen Kernen. An einigen Stellen sieht man eine deutliche Wucherung der Wandelemente; es ist zu einer Anhäufung von Endothelkernen gekommen, deren Zellleiber sich nicht deutlich von einander abgrenzen lassen. Es sind Riesenzellen ähnliche Bildungen entstanden. Überall ist das Endothel deutlich erhalten und tritt selbst da, wo die Cysten dicht unter dem dünnen Epithel liegen, deutlich hervor. An das Endothel schliefst sich nach aufsen eine feine Bindegewebslage an, die selbst an der Grenze zwischen Epidermis und Cysten und an den dünnen Scheidewänden erkennbar ist. Die Hohlräume selbst sind sehr vielgestaltig, sie sind rund, oval, birnoder spaltförmig oder ganz unregelmäfsig gestaltet und von schmalen Septen in zwei oder mehrere Kammern geteilt. Bisweilen sind die Septen durch den Druck der Flüssigkeit perforiert, so dafs oft nur noch ein ganz feiner, ins Lumen vorspringender Sporn übrig geblieben ist. Dicht unterhalb der Cysten finden sich stellenweise kleine runde Lymphgefäfsquerschnitte, ferner strotzend mit Blut gefüllte erweiterte Kapillaren und kleine umschriebene, meist perivaskuläre Infiltrate. Die erweiterten Gefäfse zeigen deutliche Wucherungen der Endothelzellen, zuweilen auch Obliterationen. Nirgends konnten in den Rundzellinfiltraten mit Hilfe der Unna-Pappenheimschen Färbungsmethode Plasmazellen nachgewiesen werden. Dagegen fanden sich in allen Schichten der Cutis zahlreiche Mastzellen.

Im Gegensatz zu den zahlreichen Cystenbildungen in den obersten Schichten des Coriums finden sich in den tieferen Schichten sehr wenig meist spaltförmig erweiterte Lymphgefäfsräume. Offenbar handelt es sich nur um Ektasien der hier bereits normalerweise vorhandenen Lymphgefäfse. Wahrscheinlich sind sie eine Kommunikation der oberflächlichen und subcutanen Cysten. Im Fettgewebe finden sich nun ganz kolossale Lymphcysten, die bis an die Muskulatur heranreichen. Sie haben die verschiedensten Formen und Gröfsen, sind spaltförmig, kreisrund oder oval, meist aber ganz unregelmäfsig geformt, zeigen viele Buchten, dünne Septen und spornartig prominierende Leisten und sind von regelmäfsigem, meist flachem Endothel ausgekleidet. Oft ist eine grofse Cyste von einer grofsen Anzahl etwa gleichmäfsig grofser, kleiner, wabenartig dicht nebeneinander liegender Cysten umgeben. Nirgends liegen diese Cysten frei im Fettgewebe, sondern sind von parallel nebeneinander liegenden Bindegewebszügen umschlossen. Dieses Bindegewebe unterscheidet sich ganz erheblich von dem Bindegewebe in der lymphangiomfreien Cutis. Letzteres ist derb, kernarm und färbt sich nach v. Gieson leuchtend rot. Ersteres ist zarter, kernreicher und färbt sich nach v. Gieson blafsrot. Es ist junges, neugebildetes Bindegewebe. Der Inhalt dieser Cysten ist ausschliefslich geronnene Lymphe. Auch in der Umgebung dieser Hohlräume finden sich kleine, umschriebene Rundzelleninfiltrate.

Dicht an das Endothel angrenzend, meist aber von diesem durch eine schmale Bindegewebsschicht getrennt, finden sich häufig Züge glatter Muskelfasern. Diese verlaufen parallel zur Innenwand in mehreren (zwei bis sechs) Lagen, die von einander durch Bindegewebe getrennt sind. Wir haben es hier mit einer Hypertrophie der Lymphgefäſsmuskulatur zu tun, ein Befund, der für die Frage nach der Entstehung dieser Lymphangiome von Bedeutung ist.

Auch das Innere der hühnereigroſsen Cyste ist von regelmäſsigen, meist flachen Endothelzellen ausgekleidet. Die ins Lumen hineinragenden Leisten zeigen ihrerseits deutliche, kleine, mit Lymphe gefüllte Hohlräume und erhebliche perivaskuläre oder mit den Gefäſsen scheinbar nicht zu-

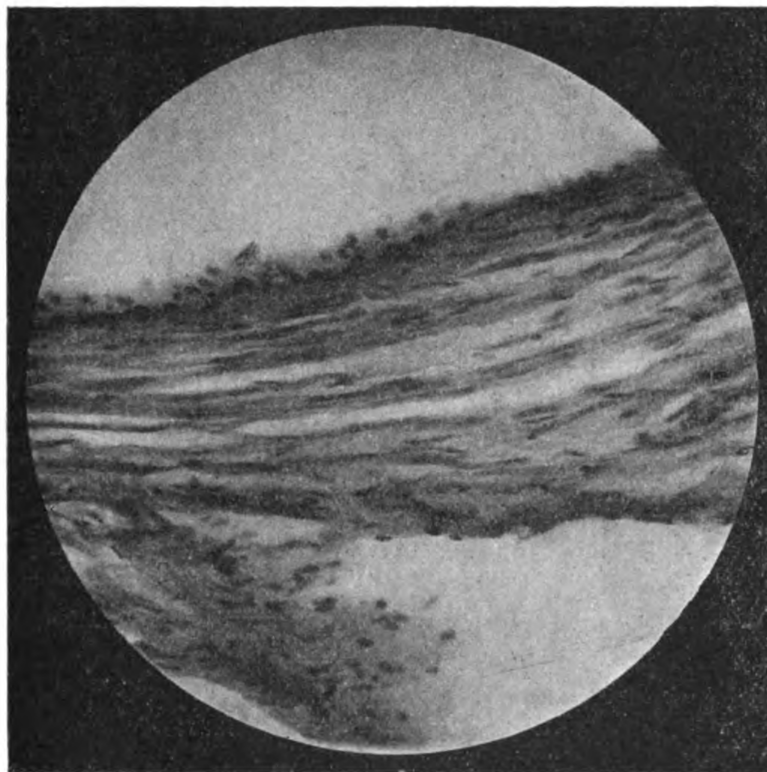


Fig. 3. Schnitt durch die Wand einer gröſseren Cyste des Unterhautgewebes mit zahlreichen glatten Muskelfasern und gewuchertem Endothel. Vergr. 350.

sammenhängende Rundzelleninfiltrate. Auch in der nächsten Nachbarschaft der groſsen Cyste finden sich kleine Lymphcysten und zahlreiche Züge glatter Muskelfasern.

Die elastischen Fasern lassen sich im straffen, von Lymphangiomen freien Bindegewebe ebenso wie in der Umgebung sämtlicher Cysten sehr zahlreich und deutlich nachweisen. Selbst in den dünnsten Septen und sogar in der schmalen, bindegewebigen Grenzschicht zwischen den oberflächlichen Cysten und der dicht darüberliegenden, verdünnten Epidermis treten sie deutlich hervor.

Wollen wir nun die beschriebenen Veränderungen nach der Unnaschen

Einteilung klassifizieren, so müssen wir die oberflächliche Bläschengruppe als Lymphangioma circumscriptum cysticum superficiale s. Lymphangioma simplex, die tiefer gelegenen, multiplen Cysten als Lymphangiom des Hypoderms, und zwar als Lymphangioma cavernosum bezeichnen.

Von der ersten Gruppe hebt Unna als besondere Form das Lymphangioma superficiale auf der Basis tiefliegender lymphangiektatischer Prozesse hervor. Unter diese Sondergruppe wäre auch unser Fall zu zählen. Indes handelt es sich auch bei den tiefliegenden Lymphräumen nicht um einfache lymphangiektatische Prozesse, sondern um echte Neubildung. Unser Fall ist eine Kombination von oberflächlichen, circumskripten und tieferliegenden multiplen Lymphangiomen der Haut. Gehört schon das oberflächliche, circumskripte Lymphangiom zu den selteneren Hautaffektionen, so ist das tiefere kavernöse noch viel seltener. Von beiden Formen ist eine Reihe von Fällen beschrieben worden. Es würde daher zu weit führen, auf die ganze ziemlich umfangreiche Literatur näher einzugehen. Kombinationen beider Formen gehören zu den gröſsten Seltenheiten. Sie kommen nach Unna nur an den unteren Extremitäten und in der Genitalregion vor, und zwar handelt es sich dabei stets um ein Zusammentreffen von oberflächlichen circumskripten und subcutanen, solitären, nie multiplen, Lymphangiomen. Kombinationen, wie in unserem Falle, sind, soweit ich aus der Literatur ersehen konnte, nur zweimal beschrieben worden.

In dem einen Falle von Schmidt handelt es sich um ein Lymphangiom bei einem 17jährigen Mädchen. Auf der Haut der medialen Seite des linken Oberschenkels fanden sich auf ganz normaler Basis etwa 12—13 teils einzeln stehende, teils zu kleinen Gruppen vereinigte, warzenähnliche Bläschen von Stecknadelkopf- bis Linsengröſse. Auch hier war der mikroskopische Befund ähnlich wie in unserem Falle. Die Cysten fanden sich fast ausschlieſslich subepithelial oder im subcutanen Fettgewebe. Dazwischen waren nur wenige erweiterte Lymphräume. Die Ausbreitung des subcutanen Prozesses konnte hier nicht festgestellt werden, da nur zwei ganz kleine Hautstückchen zur Probe exzidiert waren.

Im anderen Fall von Schnabel handelte es sich um Lymphangioma circumscriptum cutis der rechten Brustseite bei einem 23jährigen Manne, wo erst durch die mikroskopische Untersuchung das kavernöse Lymphangiom der Subcutis nachgewiesen werden konnte. Indes waren in diesem Falle die Cysten viel kleiner und weniger ausgebreitet. „An einer Stelle fand sich in der Subcutis nahe der Cutisgrenze, makroskopisch eben noch in Gröſse eines feinen Stecknadelkopfes bemerkbar, eine rundliche, nach auſsen ziemlich scharf durch verdichtetes Bindegewebe abgegrenzte, tumorähnliche Gewebspartie, die aus einer durch mehr oder weniger dünne Septen getrennte Masse kleiner Hohlräume von teils rundlicher, teils

ellipsenförmiger oder unregelmäſsig spaltförmiger Gestalt zusammengesetzt ist." Diese Hohlräume waren ebenfalls von Endothelzellen ausgekleidet und von Lymphe ausgefüllt.

Haben wir es nun in allen diesen Fällen mit dem Produkt von Lymphstauungen oder mit echten Neubildungen zu tun?

Auf Grund aller bisherigen Untersuchungen und auch auf Grund meiner Präparate möchte ich sowohl die subepithelialen wie die hypodermalen Lymphcysten für echte Blastome halten. Sicherlich spielt bei allen diesen Veränderungen auch die Stauung eine wesentliche, wenn auch nur sekundäre Rolle. Denn, wie SCHMIDT richtig betont hat, kann es zur Erweiterung eines Raumes doch nur dann kommen, wenn ein Druck von innen stattfindet. Ferner wird die Stauung schon durch die perivaskulären Infiltrate, Endothelwucherungen und Obliterationen der Gefäſse hervorgerufen, die bisweilen ja zur Gefäſsverstopfung und dadurch zur Behinderung des Abflusses geführt hat.

Für die Entstehung der Lymphangiome durch Lymphstauung soll nach BORST und M. B. SCHMIDT ganz besonders die Hypertrophie der Lymphgefäſsmuskulatur sprechen. In dieser sehen sie einen Beweis für den erschwerten Lymphabfluſs.

Indes kann die Stauung nicht allein die kolossale Cystenbildung verursacht haben. Es muſs eine echte Neubildung dabei im Spiele gewesen sein. Dafür spricht die scharfe Abgrenzung gegen das normale Gewebe, die massige Anhäufung der Cysten, das Vorkommen gerade im Papillarkörper, in einer Schicht, wo ja normalerweise gar keine Lymphgefäſse vorhanden sind, die Anhäufung kleiner, dicht nebeneinander stehender Cysten um eine groſse, das Vorhandensein kleiner Cysten in den Septen und Leisten und endlich das Verhalten der Endothelien, die sich ja stellenweise bauchig ins Lumen vorwölben und derartig gewuchert sind, daſs es zu Riesenzellen ähnlichen Bildungen gekommen ist.

Die Frage der Entstehungsart dieser Tumoren wage ich nicht zu entscheiden. Nach RINDFLEISCH soll durch Umwandlung jungen Bindegewebes in festes Gewebe in der Umgebung bestehender Hohlräume eine Reaktion stattfinden, wodurch eine Erweiterung zustande kommt. WEGENER nimmt einen homöoplastischen Bildungsmodus an. Danach sollen durch Wucherung und Sprossung der Lymphgefäſsendothelzellen neue Lymphgefäſse entstehen. BILLROTH, VIRCHOW, WINIWARTER und WEICHSELBAUM vertreten die Annahme einer heteroplastischen Entstehungsursache, der Bildung neuer Lymphgefäſse aus jungem Bindegewebe. Ziemlich allgemeine Anerkennung hat RIBBERTS Anschauung gefunden. Er meint, daſs die Lymphangiome embryonalen Entwicklungsstörungen ihre Entstehung verdanken, und zwar der Isolierung eines Bindegewebskeimes samt den gerade in der Bildung begriffenen Lymphgefäſsen. Für diese Auffassung, daſs

zum mindesten eine angeborene Anlage für die Entstehung der Lymphangiome vorhanden sein mufs, spricht ja auch die Tatsache, dafs sich in den meisten Fällen diese Neubildungen als angeboren erweisen oder ihre erste Entstehung wenigstens in das frühe Kindesalter zurückzuverfolgen ist

Es ist nun noch zu erörtern, ob nicht unser Fall wegen der auffallenden Multiplizität der Lymphangiome in Beziehung zu bringen ist zum sogenannten Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi). Daran würde man allerdings denken können, wenn man noch die alte Auffassung Kaposis teilte, dafs es sich bei dieser Neubildung um multiple Lymphangiome handelt. Jedoch bestehen dagegen erhebliche Bedenken. Während das Lymphangioma simplex an den kleinen gruppierten Bläschen sofort erkennbar ist, besteht das Lymphangioma tuberosum multiplex aus disseminierten, linsen- bis erbsengrofsen, flachhalbkugeligen Tumoren von meist rötlicher oder rötlichgelber Färbung und ähnelt am ehesten einem sekundären, aus lentikulären Papeln bestehendem Syphilid, mit dem es häufig verwechselt wird. Mikroskopisch sind es zahlreiche in der Cutis gelegene, mit kolloiden Massen erfüllte Hohlräume von teils rundlicher, teils ovaler Form. Sind die echten Lymphangiome endothelialer oder bindegewebiger Herkunft, so ist heute die epitheliale Herkunft des Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi) erwiesen. Wahrscheinlich handelt es sich um Tumoren, die von den Schweifsdrüsen abstammen. Man hat daher mit mehr Recht diese Neubildungen als Syringome bezeichnet. Danach kann kein Zweifel sein, dafs unser Fall mit dem sogenannten Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex Kaposis nichts zu tun hat.

Zum Schlufs spreche ich Herrn Dr. Stern für die Überlassung des Falles, Herrn Prof. Dr. Lubarsch für die bei Abfassung der Arbeit und Vornahme der histologischen Untersuchung gewährte Unterstützung und Herrn Dr. Steinbiss, Prosektor am pathologischen Institut, für die Herstellung der photographischen Aufnahmen meinen besten Dank aus.

Literatur.

Freudweiler, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* 1897. Bd. 41.
Havas, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* 1902. Bd. 59, S. 107.
Heuss, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1896. Bd. 23, Nr. 1.
Köbner, *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 31, u. *Virch. Arch.* 1883. S. 343.
Lewinsky, *Virch. Archiv.* Bd. 91, S. 371.
Meissner, *Dermatol. Zeitschr.* Bd. 2, Heft 3
Nasse, Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der k. Universität Berlin 1890.
Noyes u. Török, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1890. Bd. 11, S. 105.
Pawlow, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. 29, S. 53.
Pospelow, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* 1879. Bd. 6, S. 521.
Schmidt, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* 1890. S. 529.

SCHNABEL, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* Bd. 56, S. 177.
SCHWALBE, E., *Virch. Archiv.* 1897. Bd. 149.
SELLEI, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1901. Bd. 33, Nr. 3.
SICK, *Virch. Archiv.* Bd. 170.
TÖRÖK, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1892. Bd. 14, S. 169.
JOSEPH, M., im *Handb. d. Hautkr.* von MRACEK. Bd. III, S. 580.
UNNA, *Histopathol. d. Hautkr.* S. 932.
VIRCHOW, Über die krankhaften Geschwülste.
WAELSCH, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* 1900. Bd. 51.
WEGNER, *Langenbecks Archiv.* 1876. Bd. 20.
LUBASCH-OSTERTAG, *Ergebnisse der allg. Pathologie.* 1904—05. Bd. X, S. 842.

Aus Dr. med. DREUWS Poliklinik für Haut- und Harnkrankheiten, Berlin.

Über Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz.

Ein Beitrag zur Frage der Schälwirkung.

Von

Dr. med. DREUW-Berlin.

Mit drei Abbildungen im Text.

Bei der Chrysarobin- und Pyrogallolsalbenbereitung gilt es als eine beinahe unumstöfsliche Regel, kein Alkali, auch nicht in Form einer alkalischen Seife, zuzusetzen. Während man mit Vorliebe zu verschiedenen Salbenkompositionen als schälendes Mittel noch Sapo viridis zusetzt, ist dieser Zusatz bei der Chrysarobin- und Pyrogallolsalbenbereitung geradezu ein Kunstfehler. In der Tat wird ja auch die reduzierende Wirkung, z. B. des Chrysarobins, durch Zusatz von Alkali aufgehoben, indem das Chrysarobin durch den Sauerstoff der Luft in braunes chrysophansaures Alkali verwandelt wird, das keine nennenswerten reduzierenden und therapeutisch wertvollen Eigenschaften mehr entfaltet. Pyrogallol in Lösung und in Salbenform wird durch Alkalizusatz sehr schnell in eine dunkelbraune Lösung bezw. dunkelbraune Salbe verwandelt.

Trotzdem habe ich nun bei einer Reihe von Versuchen Chrysarobin- und Pyrogallolsalben in Mischung mit alkalischer grüner Seife verwandt, und so paradox es klingen mag, mit besserem therapeutischen Erfolg und intensiverer und schnellerer Wirkung als ohne Zusatz von alkalischer grüner Seife.

Das Geheimnis dieser intensiveren Wirkung liegt darin begründet, dafs ich dem Salbengemisch Acidum salicylicum im Überschufs zusetzte, wodurch einerseits alles gebildete chrysophansaure Alkali wieder zurück-

verwandelt wurde in Chrysarobin und salicylsaures Alkali unter Freiwerden von Ölsäure und andererseits eine intensive Schälwirkung erzeugt wird.

Ein einfaches chemisches Experiment beweist dies:

Verreibe ich z. B. 20 g Chrysarobin mit 25 g Vaselin und 25 g grüner Seife, so wird die so entstehende Salbe allmählich dunkelbraun, während sie ohne Seifenzusatz ihre chrysarobingelbe Farbe behält.

Es ist eben durch das Alkali der grünen Seife unter Sauerstoffaufnahme aus der Luft das gelbe Chrysarobin in braunes chrysophansaures Alkali verwandelt worden. Setze ich nunmehr 10 g Acidum salicylicum zu, so verändert sich plötzlich die Farbe, aus dem dunkelbraunen Gemisch entsteht wieder eine gelbe chrysarobinfarbene Salbe, und zwar ist die Farbennuance noch ein wenig hellgelber als das Ausgangsmaterial Chrysarobin. Auf der Oberfläche der Salbe bemerkt man bald nach Ölsäure riechende Öltropfen.

Um nun die Einwirkung dieses so umgewandelten Chrysarobins (bei Pyrogallol tritt ein ähnlicher Vorgang ein) auf die Haut in therapeutischer Beziehung zu studieren, habe ich bei ein und demselben Psoriasispatienten verschiedene Körperstellen mit den verschiedenen Chrysarobinkompositionen, die die oben angegebenen Bestandteile in analogem Mengenverhältnis enthielten, behandelt.

Bei der Auswahl der Fälle wurde speziell darauf gesehen, dafs die einzelnen zu behandelnden Stellen ungefähr denselben Intensitätsgrad der Erkrankung aufwiesen.

Es wurden folgende Salbenkompositionen verwandt:

r =	*Acid. salicyl.*	10,0
	Chrysarobin	20,0
	Adip. lan. anhydric.	ad 100,0
l =	*Sapon. virid.*	25,0
	Chrysarobin	20,0
	Adip. lan. anhydric.	ad 100,0
d =	*Acid. salicyl.*	10,0
	Sapon. virid.	25,0
	Adip. lan. anhydric.	ad 100,0
m =	*Acid. salicyl.*	10,0
	Chrysarobin	20,0
	Sapon. virid.	25,0
	Adip. lan. anhydric.	ad 100,0
a =	*Acid. salicyl.*	10,0
	Chrysarobin	
	Ol. rusc. (oder Resorcin)	āā 20,0
	Sapon. virid.	
	Adip. lan. anhydric.	āā 25,0

Bei der Salbenbereitung wurde als Salbengrundlage Adeps lan. anhydric. wegen seiner festen Konsistenz gewählt, damit die Salbe bei der Anwendung besser lokalisiert blieb. Man hat es in der Hand, durch eine Mischung von Adeps. lan. anhydric. mit Adeps lan. c. Aq. oder Vaselin im Verhältnis von 1 : 1 oder von 2 : 1 usw. die Konsistenz nach Belieben zu gestalten. Vaselin allein empfiehlt sich für die Praxis jedoch nicht, da die Salben zu dünnflüssig werden.

Die einfache 20%ige Chrysarobinsalbe wurde bei den folgenden Versuchen nicht verwandt, da deren Wirkung hinlänglich bekannt ist.

Fig. 1 zeigt einen Fall von Psoriasis vulgaris, bei dem die Intensität der einzelnen Efflorescenzen überall ziemlich gleichmäßsig war. Die Vorderfläche des Körpers wurde durch zwei Striche mit Argentum nitricum-Lösung in drei Teile, l, m, r, geteilt.

Der Teil r wurde mit Salbe r, der Teil m mit Salbe m, der Teil l mit Salbe l, der Teil d mit Salbe d und Teil a mit Salbe a und a_1 behandelt (a enthält 20% Ol. rusci, a_1 20% Resorcin).

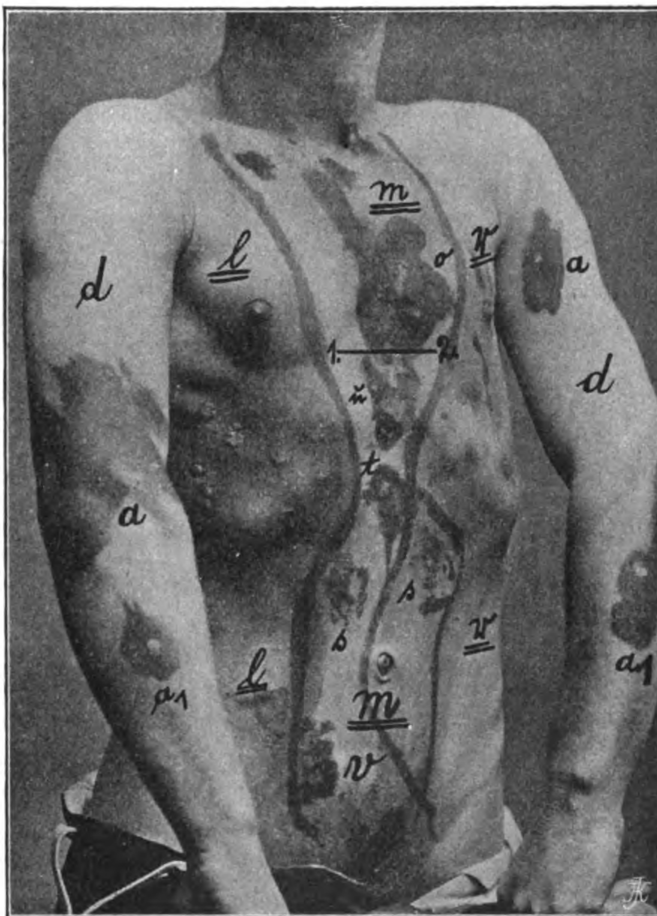


Fig. 1.

Als die bequemste, sauberste, wirksamste und sparsamste Verwendung der Salben hat sich die Applikation derselben in meiner Aërotuba bewährt (siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 49, Nr. 6).

Man kann mit der Tubenspitze ohne Anwendung eines Pinsels oder durch einfaches Aufsetzen eines solchen auf die Tube die Salbe ohne weiteres verstreichen. Die Verwendung der Tube empfiehlt sich jedoch hauptsächlich und ist deshalb beinahe unersetzlich, weil die Salbe in der Tube luftdicht eingeschlossen ist und auch während der Verwendung mit dem Sauerstoff der Luft nicht in Berührung

kommt, so dafs die reduzierende Salbenwirkung in der Tube nicht geschmälert wird.

Nach der Applikation der Salbe auf die erkrankten Hautstellen trägt man zweckmäfsig mittels der Puder-Aërotuba (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 49, Nr. 10) oder mittels eines Wattebausches etwas Talkum auf die Salbe, wodurch diese besser haftet.

Was zunächst das allgemeine Verhalten der obigen Salben im Salbentopf und ferner nach der Applikation auf der Haut des Patienten betrifft, so ist folgendes zu bemerken:

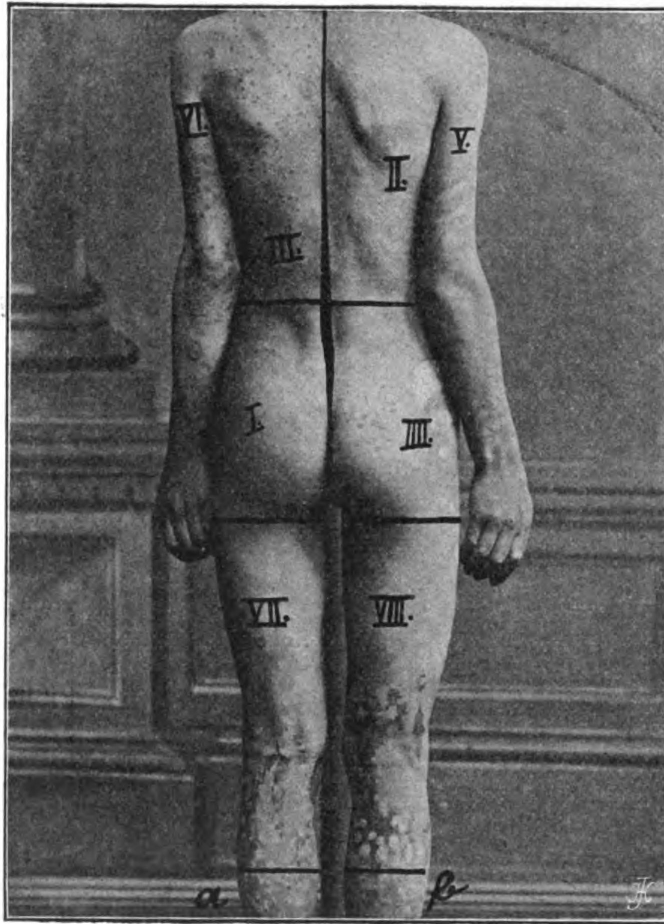


Fig. 2.

Salbe r hat im Innern des Salbentopfes gelbbraune Farbe, die auch nach monatelanger Aufbewahrung gelbbraun bleibt. Die Oberfläche der Salbe verfärbt sich in papierdünner Schicht im Laufe der Zeit leicht rehbraun. Es macht sich kein Ölgeruch bemerkbar. Da die Oberfläche sich kaum dunkel färbt, findet also kaum eine stärkere Oxydation statt.

Nach der Applikation auf die Haut bleibt die gelbe Farbe bestehen, sie dunkelt nicht nennenswert nach. Es zeigt sich keine zusammenhängende Schälwirkung, nur leichte Einzelschuppenbildung. Die Einwirkung auf die Haut ist nicht circumskript, sondern mehr diffus.

Salbe l hat im Innern des Salbentopfes hellbraune, etwas dunklere Nuance als Chrysarobin. Auch nach monatelanger Aufbewahrung ist der Kern hellbraun.

Die Oberfläche verfärbt sich in tiefer Schicht dunkelbraun bis schwarz und nimmt nach Wochen und Monaten eine derbe lederartige Konsistenz an, namentlich dort, wo die Oberfläche etwas zerklüftet ist.

Es macht sich kein Ölgeruch bemerkbar. An der Oberfläche findet eine rasche Oxydation statt.

Nach Applikation auf die Haut verwandelt sich die gelbbraune Farbe sehr bald, beinahe zusehends in eine dunkelbraune bis schwarze. Eine Schälwirkung findet incht statt. Die Umgebung der applizierten Stellen werden ebenfalls schwarz verfärbt, es findet also eine diffuse Einwirkung statt.

Salbe d hat sowohl im Kern als an der Oberfläche eine goldgelbe, durchscheinende Farbe und ändert diese auch nach Monaten nicht. Ölgeruch.

Nach Applikation auf die Haut bleibt die gelbe Farbe bestehen; keine zusammenhängende Schälwirkung, nur leichte Schuppenbildung. Einwirkung diffus.

Salbe m: Kern kanariengelb, noch gelber wie Salbe r, Oberfläche nach einigen Tagen rehbraun, nach Wochen braun. Intensiver Ölgeruch. Intensive reduzierende Wirkung.

Nach Applikation tritt bald Braunfärbung der Haut ein. Am anderen Tage zeigt sich eine intensive zusammenhängende Schälwirkung, indem die Salbe mit dem Stratum corneum eine rehbraune, pergamentartige Membran bildet, die im Verlaufe einiger Tage dunkelbraun wird. Die Schälwirkung ist rein circumskript, d. h. die Schälmembran ist scharf umrandet.

Salbe a und ai: Kern gelbbraun, Oberfläche selbst nach Jahren höchstens in einer Tiefe von 1—2 mm dunkelbraun bis schwarz verfärbt. Ölgeruch wird bei a durch Ol. rusci verdeckt, ist bei ai deutlich wahrnehmbar. Intensive und langsame reduzierende Wirkung.

Nach Applikation auf die Haut tritt dieselbe Wirkung wie bei m ein, nur ist die Schälwirkung intensiver, die entstehende Schälmembran dunkler gefärbt, da noch die lepismatische bezw. die reduzierende Wirkung des Resorcins und des Ol. rusci hinzukommt.

Auf Fig. 1 kann man diese eben beschriebenen Einwirkungen auf die Haut sehr gut beobachten.

Die Einpinselung erfolgte am 7. V. 09. Am 8. V. 09 ergab sich folgender Status:

r: Effloreszenzen gelb, auf normaler Haut keine Schälwirkung, nur leichte Schuppenbildung, diffuse, nicht lokalisierte Einwirkung; die Umgebung der Effloreszenzen leicht gerötet.

l: Effloreszenzen schwarzbraun, keine Schälwirkung auf normaler Haut, keine Schuppenbildung, diffuse, nicht lokalisierte Einwirkung, keine Rötung, sondern intensive, mit Benzin leicht entfernbare Schwarzfärbung der Umgebung.

d: Wurde auf normaler Haut appliziert. Keine Schälwirkung, Schuppenbildung erst nach einigen Tagen, keine Rötung.

m: Braunfärbung, Schälmembran, circumskripte Einwirknng, keine Rötung der Umgebung, mit Benzin nicht wegwischbare Schälmembran.

a und ai: Wie bei m, nur intensivere Einwirkung.

Am 9. V. 09 wurden die Salben wieder appliziert und am 10. V. 09 die in Fig. 1 abgebildete Photographie aufgenommen, die deutlich die Einwirkung der einzelnen Salben zeigt:

r: Effloreszenzen leicht gelb verfärbt, Umgebung gerötet, keine Schälwirkung. Leichte Entzündung und Rötung der Umgebung (Chrysarobindermatitis).

Effekt: Kleienförmige Abschälung der oberflächlichen Psoriasisschuppen, jedoch nicht der normalen Haut.

l: Diffuse Schwarzfärbung. Die Psoriasisplaques kaum beeinflufst, sind noch ebenso prominent wie vor der Behandlung. Keine Spur von Schälwirkung auf die gesunde Haut. Keine Entzündung der Umgebung.

Heileffekt: Fast null.

(Man kann bei l noch die Form der vorliegenden Psoriasis erkennen, da kein Heileffekt vorhanden, während diese Erkennung bei r, m, a infolge der Behandlung nicht mehr möglich ist. Es handelte sich um auf dem Körper in ungefähr gleicher Intensität ausgebreitete Psoriasis guttata et nummularis.)

d: Auf der Photographie ist eine Einwirkung nicht erkennbar. In Wirklichkeit war eine ganz leichte Schuppung vorhanden, die jedoch so schwach war, dafs die Photographie sie nicht wiedergibt.

m: Während d, r und l absolut keine intensive Schälwirkung zeigen, tritt diese nun plötzlich durch den Zusatz von Chrysarobin zu Salbe d eklatant in die Erscheinung. Der Schälmembran sitzt noch eine dicke Salbenschicht auf. Bei s, t, u, v ist mit einem Benzinwattebausch diese Salbenschicht entfernt, um die darunterliegende Schälmembran, die sich mit Benzin nicht entfernen läfst und der Haut fest anhaftet, zu zeigen.

Bei o oberhalb des Striches 1—2 sieht man noch deutlich die der Schälmembran aufsitzende Salbenschicht. Bei v, s und t befinden sich innerhalb der schwarzen Schälmembran weifse Stellen, die bei a und a_1 noch viel deutlicher sind. Diese entsprechen den eigentlichen Psoriasisstellen, nachdem durch die zweimalige Anwendung der Salbe die lockeren parakeratotischen Hornschichten sukzessive nach jeder Salbenanwendung abgeschält sind. Die lockere Verbindung der parakeratotischen Hornschichten bei Psoriasis gestattet eben eine zusammenhängende Schälwirkung, wie sie auf der normalen Haut der Umgebung oder z. B. bei Lichen ruber entsteht, mit der angewandten Salbe nicht, sondern es stöfst sich bei jeder Applikation Schicht für Schicht ab. Anders ist natürlich das Verhalten bei Erkrankungen der Haut, die histologisch zwar auch eine Wucherung der Hornschicht, jedoch ein festeres Gefüge der Verhornung zeigen, wie es z. B.

beim Lichen ruber der Fall ist. Hier erstreckt sich die zusammenhängende Schälmembran sowohl auf die normale Haut der Umgebung als auch auf die eigentlichen Licheneruptionen.

Bei a und ai tritt das bei m Gesagte noch deutlicher wegen der intensiveren Schälwirkung dieser Salbe in die Erscheinung. Man sieht die streng lokalisierte Schälwirkung mit den sukzessiv abgeschälten weifsen Psoriasisplaques, die von der schwarzen Schälmembran der Umgebung sozusagen eingerahmt erscheinen. Diese schwarze Membran bewirkt nun zweierlei:

1. Sie stellt einen Schutz dar gegen die Entstehung einer Chrysarobindermatitis, indem sie eine Resorption des Chrysarobins von der Umgebung aus verhindert, so dafs die hochprozentige Chrysarobinsalbe wiederholt aufgetragen werden kann, ehe eine Dermatitis entsteht, die andererseits auch durch den Druck der collodiumartigen Schälmembran auf die Lymphgefäfse erschwert wird.

2. Die spezifische Chrysarobin- und die reduzierende und schälende Wirkung der Salbe kann in elektiver Weise auf der eigentlichen erkrankten Stelle zur Geltung kommen.

Bei r sehen wir innerhalb der entzündeten Umgebung (Chrysarobindermatitis) noch wohlerhaltene Psoriasisplaques, jedoch nicht so prominent wie bei der völlig unwirksamen Salbe l; da eben die Salbe r keine so intensive Schälwirkung entfalten kann, wirkt sie langsamer als Salbe m und a, bei welcher die spezifische Chrysarobinwirkung sich der intensiven Schälwirkung zuaddiert. Bei l tritt weder Schälwirkung noch spezifische Chrysarobinwirkung auf, da eben alles Chrysarobin in unwirksames chrysophansaures Alkali verwandelt ist.

Man kann also in der Intensität der therapeutischen Einwirkung bei Psoriasis (dasselbe gilt mutatis mutandis auch für andere Erkrankungen: chronische Ekzeme, Lichen ruber, Pityriasis versicolor, Dermatomykosen, Akne dorsi u. a. m.) eine Klimax beobachten, und zwar d, l, r, m, a, d. h. die Salicyl-Seifensalbe, ist beinahe unwirksam (weder Schälwirkung noch Chrysarobinwirkung), die Seifen-Chrysarobinsalbe ist ebenfalls wenig wirksam (keine Schälwirkung, Chrysarobinwirkung aufgehoben), die Salicyl-Chrysarobinsalbe ist wirksamer wie die vorhergehende durch die Salicyl-Chrysarobinwirkung, die Salicyl-Seifen-Chrysarobinsalbe entfaltet eine intensive Chrysarobinwirkung durch die feine Verteilung des frisch entstandenen Chrysarobins, durch die intensive reduzierende Wirkung und durch die unerwartet auftretende Eigenschaft, mit normaler Haut eine zusammenhängende Schälmembran zu bilden. Zu der Wirkung dieser Salbe kommt bei a und a_1 noch die reduzierende bezw. schälende Wirkung des Ol. rusci bezw. Resorcins hinzu, so dafs diese Salbe die intensivste Wirkung entfalten kann.

Da die Salicyl-Seifensalbe absolut keine zusammenhängende Schälwirkung entfaltet, sondern dieses erst durch das Hinzukommen des Chrysarobins (auch Pyrogallol hat, wie ich unten zeigen werde, ähnliche Eigenschaften) entsteht, so mufs das reduzierende Chrysarobin bezw. Pyrogallol mit den anderen Komponenten chemische Verbindungen eingehen, die eine Schälwirkung par excellence hervorrufen. Weitere chemische Untersuchungen dürften erst klarstellen, um welche interessante chemische Körper es sich dabei handelt, da eben weder Salicyl noch Seife allein noch kombiniert, auch nicht Seife mit Chrysarobin eine membranartige Schälwirkung entfalten. Erst durch das Hinzutreten des Chrysarobins zu Salicyl-Seifen-Salbenkonstituens entsteht diese eigentümliche Wirkung.

Ich möchte nun generell die z. B. von Salbe d und r hervorgerufene kleienförmige Abschälung als **Lepismatio furfurecea** und die von Salbe m und a hervorgerufene membranartige Abschälung (die Membran läfst sich manchmal z. B. bei Lichen ruber des Unterarms handschuhartig

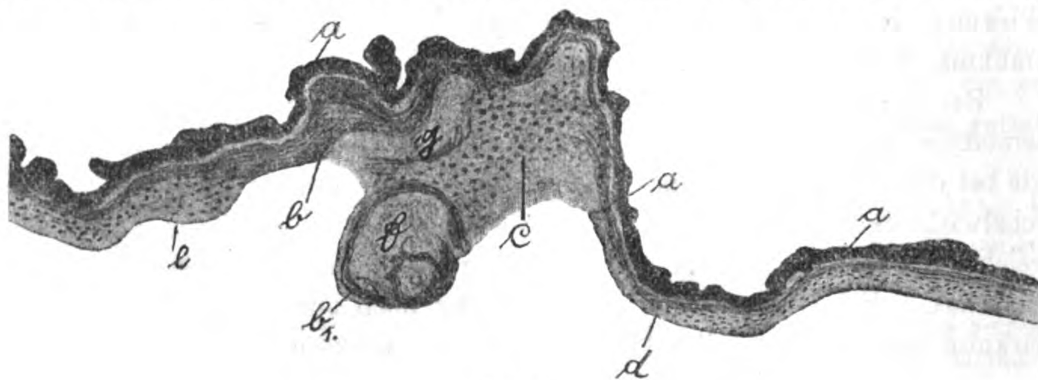


Fig. 3.

nach vier- bis fünfmaliger Applikation abziehen) als **Lepismatio membranacea** bezeichnen.

Fig. 3 zeigt einen mikroskopischen Schnitt durch eine derartige Membran bei Lichen ruber des Unterarms nach viermaliger Applikation der Salbe a und nachfolgende Vaselinanwendung:

a ist die mit der reduzierenden Substanz durchtränkte, vollständig schwarzgefärbte oberste Schicht des Stratum corneum,

b ist die eigentliche kernlose Hornschicht, die jedoch bei d parakeratotisch ist und deutliche Kernbildung zeigt. Die Hornschicht schlägt sich bei g nach unten zu um und bildet den Hornkonus g, f, c. F zeigt das Lumen des Follikels, in dessen Innern noch verhornte Stränge liegen.

c zeigt ebenso wie e den obersten Teil des kernhaltigen Stratum spinosum. Die Zellen haben alle einen bläschenförmigen, scharf konturierten Kern mit verwaschener Chromatinsubstanz.

f zeigt deutliche im Innern des Follikels liegende Hornlamellen, die bei Lichen ruber charakteristischerweise bis ins Innere der Follikel dringen.

Fig. 1 zeigt die Photographie eines Patienten, der, um das analoge Verhalten des Pyrogallols in bezug auf die Entstehung des Lepismatio membranacea zu zeigen, mit acht verschiedenen Chrysarobin- und Pyrogallolsalben, die analog zusammengesetzt waren, behandelt wurde. Es handelt sich um eine auf dem ganzen Körper ziemlich gleichmäßsig und in ziemlich gleicher Intensität vorhandene Psoriasis guttata et nummularis.

Die Rückseite des Patienten wurde durch Argentum-nitricum-Striche in acht voneinander geschiedene Flächen geteilt, auf welche die Salben I bis VIII drei Tage hintereinander einmal morgens aufgetragen wurden. Dann wurde der Patient acht Tage lang mit Zinkpaste und Zinksalben indifferent behandelt, um die verschiedene Einwirkung der einzelnen Salben in der Photographie (Fig. 2) festzustellen.

Folgende Salben kamen zur Anwendung:

Salbe	Verhalten im Salbentopf nach zwei Monaten	Verhalten auf der Haut 48 Stunden nach zweimaliger Applikation
I. *Acid. salicyl.* 10,0 *Chrysarobin* 40,0 *Adip. lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: nach Monaten leicht gebräunt Kern der Salbe: gelbbräunlich Ölgeruch: —	Farbe: gelblichbraun Entzündung der Umgebung: + Lepismatio furfuracea: leicht + „ membranacea: — Lokalisierte Wirkung: —(diffus)
II. *Acid. salicyl.* 10,0 *Chrysarobin* 20,0 *Sapon. virid.* 25,0 *Adip. lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: braunschwarz Kern der Salbe: hellgelb, heller als Chrysarobin Ölgeruch: +	Farbe: braunschwarz Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: + Lokalisierte Wirkung: +
III. *Sapon. virid.* 25,0 *Chrysarobin* 20,0 *Adip. lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: schwarz, lederartig Kern der Salbe: gelbbräunlich Ölgeruch: —	Farbe: schwarz Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: — Lokalisierte Wirkung: —
IV. *Acid. salicyl.* 10,0 *Acid. pyrogall.* 20,0 *Adip. lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: grau Kern der Salbe: grau Ölgeruch: —	Farbe: grau Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: leicht + „ membranacea: — Lokalisierte Wirkung: —
V. *Acid. salicyl.* 10,0 *Chrysarobin* *Resorcin* (od. *Ol. rusci*) āā 20,0 *Sapon. virid.* *Adip. lan. anhydric.* āā 25,0	Oberfläche d. Salbe: braunschwarz Kern der Salbe: gelbbräunlich Ölgeruch: +	Farbe: braunschwarz Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: + Lokalisierte Wirkung: +
VI. *Sapon. virid.* 25,0 *Pyrogallol* 20,0 *Adip. lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: schwarz, bis in den Kern reichend Kern der Salbe: gelb Ölgeruch: —	Farbe: schwarz Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: — Lokalisierte Wirkung: —(diffus)

Salbe	Verhalten im Salbentopf nach zwei Monaten	Verhalten auf der Haut 48 Stunden nach zweimaliger Applikation
VII. *Acid. salicyl.* 10,0 *Pyrogallol* 20,0 *Sapon. virid.* 25,0 *Adip lan. anhydric.* ad 100,0	Oberfläche d. Salbe: grauschwärzlich Kern der Salbe: schmutzig hellgelb? Ölgeruch: +	Farbe: graubräunlich Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: + Lokalisierte Wirkung: +
VIII. *Acid. salicyl.* 10,0 *Pyrogallol* *Ol. rusci* āā 25,0 *Sapon virid.* *Adip. lan. anhydric.* āā 25,0	Oberfläche d. Salbe: braun Kern d. Salbe: braun Ölgeruch: wird durch Teer verdeckt	Farbe: braun Entzündung der Umgebung: — Lepismatio furfuracea: — „ membranacea: + Lokalisierte Wirkung: +

Alle die sub I—VIII erwähnten Salbenkompositionen bestätigen bezüglich des Pyrogallols die auch schon beim Chrysarobin erwähnte Eigenschaft, in einer gewissen Konzentration (wie sich die Schälwirkung bei schwächerer Dosis verhält, bedarf noch weiterer Untersuchungen) in Verbindung mit Salicylsäure und grüner Seife eine Lepismatio membranacea zu erzeugen. Auch die Klimax in bezug auf die therapeutische Beeinflussung ist bei den Chrysarobin- und Pyrogallolsalben analog, jedoch zeigt eigentümlicherweise Resorcinzusatz zu VII keine Schälwirkung.

Wir sehen bei den Chrysarobinsalben (Fig. 2), dafs die Intensität der Einwirkung sich je nach den Zusätzen steigert, und zwar in der Reihenfolge:

III I II V und beim Pyrogallol in der Reihenfolge:

VI IV VII VIII.

Auf Fig. 2 können wir noch deutlich die ursprüngliche Form der Psoriasis an den mit alkalischen Chrysarobin- und alkalischen Pyrogallolsalben behandelten Stellen Nr. III und VI sehen, da hier beinahe gar keine Einwirkung auf die Psoriasis stattgefunden hat (vgl. Fig. 1 l). Intensiver ist schon die Einwirkung nach dreitägiger Applikation mit Salicyl-Chrysarobin- bezw. Salicyl-Pyrogallolsalbe bei I und IV (vgl. Fig. 1 r).

Bei II und VII tritt plötzlich die Schälwirkung zutage, die besonders in VIII noch deutlich trotz der achttägigen indifferenten Behandlung zu sehen ist. Denn hier haftet die Schälmembran der Haut noch intensiv an, ebenso bei VII.

Bei II und V sind die Membranen durch die Bäder und Salbenapplikationen abgefallen. Bezüglich der Bildung und auch des Festhaftens der Schälmembran auf der Hornschicht weisen nämlich die einzelnen Körperregionen grofse Verschiedenheiten auf. Namentlich die Vorderfläche des Unterarms ist sowohl, was die Bildung und auch das membranartige Festhaften der Schälschicht betrifft, ein besonders geeignetes Feld für Schälversuche.

Auch der Rücken eignet sich vorzüglich für diesen Zweck.

Bei a und b sind die noch unbehandelten Psoriasisplaques deutlich zu erkennen. Aber auch diese sind durch das Übergreifen der Salbenwirkung auf die Umgebung, das sich durch das Reiben der Kleidung nicht vermeiden läfst, schon therapeutisch, wenn auch nicht in so hohem Mafse wie VII oder VIII beeinflufst. In den Kniekehlen hat sich eine zusammenhängende Schälmembran abgelöst,

Bei V fällt namentlich die günstige Wirkung auf die sonst so hartnäckige Psoriasis der Ellenbogen auf, die nach dreitägiger Applikation, wenn auch nicht geheilt, so doch wesentlich gebessert wurde, wie ein Vergleich mit VI ergibt. Oberhalb von b sieht man namentlich sehr gut die elektive Wirkung, indem die weifsen Psoriasiseffloreszenzen von einem schwarzen Wall umgeben werden, der eine intensive Einwirkung bei jeder folgenden Applikation nur auf die weifsen Psoriasiseffloreszenzen zuläfst.

Resümiere ich, so glaube ich folgende Sätze aufstellen zu können:

1. Reine Chrysarobinsalben in hoher Dosierung lassen kaum eine intensive zusammenhängende Schälwirkung auf normaler Haut erkennen. Bei der Behandlung der Psoriasis und der chronischen Ekzeme wirken sie hauptsächlich durch ihre spezifisch antipsoriatischen, antiekzematösen, reduzierenden und entzündungswidrigen Eigenschaften.

2, Alkalizusatz, auch in Form von grüner Seife, hebt die spezifische Chrysarobinwirkung beinahe vollständig auf.

3. Zusatz von Salicylsäure zu obigen Chrysarobinsalben (Nr. I) bedingt ebenfalls keine intensive zusammenhängende Schälwirkung, eine Lepismatio membranacea. Wohl hat das Salicyl keratolytische Eigenschaften und verstärkt infolgedessen die spezifische Chrysarobinwirkung. Aber es zeigt sich bei der Anwendung dieser Salbe höchstens eine Lepismatio furfuracea und durch längere Behandlung nur Andeutung einer Lepismatio membranacea.

4. Der Zusatz von grüner Seife zu Salicyl-Chrysarobinsalben mit hoher Dosierung hat die interessante und unerwartete Folgeerscheinung, eine intensive Lepismatio membranacea und eine Vermehrung der reduzierenden Wirkung schon nach einmaliger Applikation zu erzeugen. Diese vermehrte reduzierende Wirkung macht sich schon im Salbentopf dadurch kenntlich, dafs die Oberfläche der Salbe intensiv braun wird, ein Vorgang, der bei Applikation der Salbe auf die Haut noch intensiver in die Erscheinung tritt. Diese Verstärkung der reduzierenden und schälenden Wirkung geschieht einesteils durch die feine Verteilung des Chrysarobins, das eine viel hellere Farbe als das Ursprungsmaterial annimmt, andererseits durch die frische Entstehung des Chrysarobins aus chrysarobinsaurem Alkali und durch das Vorhandensein von überschüssiger Salicylsäure. Alle diese Momente erklären die intensive Beeinflussung aller mit Parakeratose einhergehenden chronischen Hauterkrankungen.

5. Der weitere Zusatz von reduzierenden und schälenden Mitteln, z. B. Ol. rusci oder Resorcin usw. steigert sowohl die reduzierenden als auch die schälenden Eigenschaften, zu gleicher Zeit jedoch auch die toxische Wirkung.

6. Durch die intensive Lepismatio membranacea, die hauptsächlich bei festgefügter Hornhaut und daher hauptsächlich auf normaler Haut stattfindet, zeigt Salicyl-Seifen-Chrysarobinsalbe (mit oder ohne Zusatz von Ol. rusci, Chrysarobin usw.) indirekt eine elektive Wirkung, indem die um die Psoriasisplaques entstehende Membran die Resorption der stark dosierten Salben bei jeder folgenden Applikation vermindert und daher die antiseptischen, schälenden und reduzierenden Eigenschaften hauptsächlich auf der eigentlich erkrankten Hautstelle zur Geltung kommen.

7. Ein ähnliches Verhalten wie Chrysarobin zeigt auch Pyrogallol, jedoch nicht in so intensiver und ausgesprochener Weise. Auch Ol. rusci zeigt bei Seifen- und Salicylzusatz eine, wenn auch schwache, Lepismatio membranacea.

8. Wegen der im Salbentopf an der Oberfläche stattfindenden Oxydation empfiehlt es sich, die Salben vor Luftzutritt zu bewahren, was am zweckmäſsigsten durch die Aërotuba geschieht.

9. Durch die intensiven antiseptischen, reduzierenden und schälenden (Lepismatio membranacea) Eigenschaften verdient die Anwendung des Chrysarobins in folgender Zusammensetzung (mit oder ohne Zusatz von Ol. rusci oder Resorcin 20,0)

℞	*Acid. salicyl.*	10,0
	Chrysarobin	20,0
	Sapon. virid.	25,0
	Adip. lan. anhydric.	ad 100,0

den Vorzug vor jeder anderen bisher gebräuchlichen Chrysarobinsalbenkomposition, da diese Zusammensetzung eine raschere und intensivere Beeinflussung gestattet.

10. Wegen der starken austrocknenden Wirkung dieser Kombination empfiehlt sich nach mehrmaliger Anwendung eine Einfettung der Haut, am zweckmäſsigsten durch Zinköl, Zinksalbe oder Zinkpaste, da das Zinkoxyd bei entstehender Reibung der Umgebung durch Chrysarobin zugleich ein zweckmäſsiges Chrysarobinantidot ist.

11. Namentlich bei den schwer zu beeinflussenden Resten der Psoriasis, bei der Lokalisation der Psoriasis auf Ellenbogen und Knien und bei allen chronischen, mit Hornhautverdickungen einhergehenden Hauterkrankungen zeigt die obige Kombination eine intensive und rasche Wirkung.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1909.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. BLASCHKO erstattet einen übersichtlichen **Bericht über die zweite internationale Leprakonferenz** in Bergen-Norwegen.

2. LUDW. MEYER demonstriert den **Kaltkauter** nach Dr. DE FOREST und Patienten, welche damit behandelt sind.

3. BLASCHKO demonstriert einen Knaben mit **Pityriasis lichenoides chronica**. Wegen der syphilisähnlichen Form des Ausschlags war schon früher die WASSERMANNsche Reaktion vorgenommen worden; sie fiel negativ aus.

4. BLASCHKO demonstriert einen Mann mit beginnender sogenannter **idiopathischer Hautatrophie** am Ellenbogen und macht auf die zweifellos entzündlichen Vorgänge, die bei dieser doch anscheinend dem Endstadium sich nähernden Affektion stets vorhanden sind, aufmerksam.

5. BENDIX demonstriert einen jungen Mann, der früher Syphilis gehabt hat und auch jetzt noch W + aufweist. Seit einiger Zeit leidet er an **Anschwellung des Gesichts und Erweiterung der Venen am Hals, Rumpf und Armen.** Als Ursache ist Druck von Drüsenpaketen auf die grofsen Venen des Körperinnern oder Thrombose dieser Venen zu vermuten.

6. BENDIX demonstriert eine früher (1906) syphilitisch gewesene Frau, welche jetzt eine Eruption von **Lichen planus auf der Mundschleimhaut** aufweist, ohne Lichen planus des übrigen Körpers.

7. BENDIX demonstriert eine 1906 an **Sklerose der Unterlippe** erkrankte Frau, an deren Sklerosennarbe jetzt eine Reinduration aufgetreten ist.

8. ARNDT demonstriert Kulturen und Bilder eines Falles von **Sporotrichosis**, den er in seiner Abteilung der dermatologischen Universitätspoliklinik diagnostiziert hat.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 11.

I. **Die Ätiologie der Syphilis**, von ERICH HOFFMANN-Halle a. S. Übersichtsreferat, erstattet auf dem XVI. internationalen medizinischen Kongrefs zu Budapest am 31. August 1909, mit folgenden Schlufssätzen:

1. Die Spirochaeta pallida ist unzweifelhaft der Erreger der Syphilis; ist sie doch in Tausenden von Fällen von erworbener, angeborener und experimenteller Syphilis während der Frühperiode mit grofser Regelmäfsigkeit nachgewiesen und auch im Blut und bei Späterkrankungen in einer den Impfergebnissen entsprechenden, meist geringen Zahl gefunden worden.

2. Die Einwände, welche SIEGEL und seine Anhänger gegen die ätiologische Bedeutung der Syphilisspirochäte und besonders gegen die parasitäre Natur der „Silberspirochäte“ erhoben haben, sind in allen Punkten widerlegt und seit längerer Zeit auch verstummt.

3. Von neuen, in pathologischer Beziehung wichtigen Befunden ist das Vorhandensein der Spirochaeta pallida in den Zahnkeimen (PASINI) als Ursache der HUTCHINSONschen Zahnanomalie besonders hervorzuheben.

4. Der Nachweis der Spirochaeta pallida ist von großer diagnostischer Bedeutung, insbesondere für die Erkennung junger Primäraffekte und vieler rezenter syphilitischer Erkrankungsformen; auch im Latenzstadium kann das Ergebnis der Drüsenpunktion oder die Untersuchung des Tonsillargeschabes (abgeschabten Gewebsbreies) mitunter zum Ziele führen.

5. Durch die glänzenden Ergebnisse der Serodiagnostik ist der Wert des Spirochätenbefundes nicht verringert worden, vielmehr ist ihr Nachweis im Beginn der Infektion das einzige Mittel zur Sicherung der Diagnose und mithin für die Prophylaxe und Therapie der Syphilis von größter Wichtigkeit. Mittels der Dunkelfeldbeleuchtung oder der PREISschen Schnellfärbung, zu denen neuerdings noch das BURRIsche Tuscheverfahren hinzugekommen ist, kann überdies die Diagnose weit schneller und einfacher entschieden werden, als durch die umständliche Blutuntersuchung mit Hilfe der Komplementfixation, bei welcher außerdem mehr Fehlerquellen zu berücksichtigen sind; auch ermöglicht der Spirochätenbefund allein die topische Diagnose einer fraglichen pathologischen Bildung, während das Resultat der Serodiagnostik nichts weiter besagt, als daß der Untersuchte überhaupt Träger des syphilitischen Giftes ist.

6. Beide Entdeckungen tun also einander keinen Abbruch, sondern ergänzen sich in schönster Weise, indem in der Frühperiode der Spirochätennachweis meist überlegen ist, während tertiäre, parasyphilitische und latente Krankheitsfälle die Domäne der Serodiagnostik bilden.

7. Unsere Kenntnisse über die Morphologie und Entwicklung der Spirochaeta pallida sind in letzter Zeit wenig gefördert worden; eine seitliche Begeißelung existiert nicht; die Endfäden haben nicht die Bedeutung von Bakteriengeißeln. Aufgerollte Exemplare dürfen vielleicht als Ruhestadien angesehen werden.

8. Innerhalb des Gewebes liegt die Syphilisspirochäte gewöhnlich extracellulär in den Lymphspalten und im Bindegewebe; sie wird aber auch im Innern von Parenchym-, Bindegewebszellen und Leukocyten angetroffen.

9. Die Phagocytose spielt bei ihrer Vernichtung demnach eine Rolle; dabei darf aber nicht vergessen werden, daß die Spirochaeta pallida lebhaft eigenbeweglich ist und auch aktiv ins Protoplasma, z. B. der Ovula, vermöge ihrer bohrenden Bewegung einzudringen vermag.

10. Abgesehen von der Art der Teilung und ihrem biologischen Verhalten, spricht die große Flexibilität des Spirochätenfadens dafür, daß sie mehr den Protozoen als den Bakterien sich nähert. Bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse erscheint es am richtigsten, ihr einstweilen eine Mittelstellung zwischen beiden Reichen anzuweisen.

11. Statt der von SCHAUDINN auf Grund nicht ganz zutreffender Voraussetzungen gewählten Bezeichnung Treponema pallidum habe ich bisher den ursprünglichen Namen Spirochaeta pallida oder Spirochaeta luis — zu deutsch Syphilis- oder Lustschräubchen — beibehalten; weitere Forschungen müssen lehren, ob die größere Beständigkeit der Windungen, die runde Form des Querschnitts und das Fehlen einer stärkeren Randfibrille hinreichende Merkmale zur Aufstellung einer neuen Gattung sind.

12. Während frühere Kulturversuche zu keinem brauchbaren Ergebnis geführt haben, ist neuerdings MÜHLENS nach anfänglicher Benutzung des SCHERESCHEWSKYschen Züchtungsverfahrens die Reinkultur eines morphologisch von der Spirochaeta pallida nicht zu unterscheidenden Mikroorganismus aus einer syphilitischen Leistendrüse gelungen. Die Erzeugung der Syphilis durch Impfung mit dieser reinkultivierten, anaerob wachsenden und in vielen Generationen auf Pferdeserumagar fortgezüchteten Spirochäte ist bisher nicht geglückt; die Frage, ob sie mit dem Erreger der Syphilis identisch oder ihm nur sehr ähnlich ist, harrt noch der Lösung.

II. **Über atypische Pityriasis rosea,** von ERICH KOLLECKER-Frankfurt a. M. K. beobachtete bei einem 26jährigen Friseur eine Pityriasis rosea, bei der die Primäreffloreszenz aus einer pfennigstückgrofsen, unregelmäfsig konturierten, rosaroten, im Zentrum leicht eingesunkenen, schuppenden Plaque, das übrige Exanthem aber aus disseminierten, hellroten, schuppenden, prominenten, hirse- bis hanfkorngrofsen, nirgends konfluierenden, nirgends zu Plaques vergröfserten, anscheinend an die Follikel gebundenen Knötchen bestand; ergriffen waren die ganze Vorderseite des Stammes und die oberen Extremitäten, mit Ausnahme der Hände. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergab, dafs keine follikuläre Anordnung der Knötchen vorhanden, die Haut vielmehr ganz regellos ergriffen war. Unter Anwendung eines aus gleichen Teilen Zinc. oxydat., Talc. venet., Glycerin. und Aq. destill. bestehenden Liniments verschwand der Ausschlag im Laufe von acht Tagen vollständig.

In einem anderen Falle von Pityriasis rosea fand K. Effloreszenzen von aufsergewöhnlicher Gröfse: die ganze linke Thoraxhälfte war von serpiginös begrenzten, mit einander konfluierenden, bis zu 6 cm langen und 4 cm breiten Plaques bedeckt, während auf der rechten Thoraxseite nur linsen- bis zehnpfennigstückgrofse, nicht konfluierende Effloreszenzen vorhanden waren. Zur Anwendung kam hier anfänglich Reispuder, später Linimentum Zinci oxydati; Heilung erfolgte nach sechs Wochen.

K. behandelt jeden Fall von Pityriasis rosea „intensiv lokal, wobei die Tiefe der Infiltrate entscheidend ist für die Wahl des Mittels.“ Dabei sind aber Rückfälle nicht selten, auch kommt es vor, dafs die Flecke nicht abheilen, sondern sich in lichenoide Papeln umwandeln.

III. **Über idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leukoplakia penis,** von VICTOR PFLANZ-Rostock. (Heft 10 und 11.) Die Auffassung, dafs die von den Plaques opalines (Plaques muqueuses) streng zu unterscheidenden Schleimhautleukoplakien stets ein Symptom oder ein Residuum der Lues darstellen, ist nach PFL. unrichtig. Die Leukoplakie ist im allgemeinen eine selbständige Krankheit, die Lues schafft nur einen sehr günstigen Boden für ihre Entwicklung, indem sie eine Umstimmung der Gewebe, eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit oder eine Erhöhung der Reizbarkeit der Schleimhäute bewirkt; auf so prädisponierten Schleimhäuten können dann geringfügige äufsere Ursachen, mechanische oder chemische Reize, kariöse Zähne, Alkohol- und besonders Tabakgenufs, vielleicht auch die Reizung durch Quecksilber und durch häufige Mundspülungen mit irritierenden Mitteln Leukoplakien hervorrufen. Wie durch die Lues kann aber auch durch verchiedene andere Erkrankungen, z. B. durch Psoriasis, die als dyskrasische Störung des Organismus aufzufassen ist, durch arthritische Diathese, Magendarmstörungen, Stoffwechselerkrankungen usw. eine Prädisposition für die Bildung von Leukoplakien erzeugt werden.

Viel seltener als Leukoplakien der Mundschleimhaut sind Leukoplakien anderer Schleimhäute, und bei diesen ist zu allermeist eine luetische Infektion nicht nachzuweisen, ihre Entstehung ist auf die verschiedensten inneren und äufseren Reize zurückzuführen. In einem von PFL. beobachteten und histologisch untersuchten Fall

von Leukoplakia penis waren eine angeborene starke Phimose und eine Balanitis die prädisponierenden Momente; infolge der durch den erschwerten und schmerzhaften Coitus verursachten Reizung trat eine leichte Entzündung des Präputiums auf, die durch Kratzen gesteigert wurde und zur leukoplakischen Veränderung des inneren Präputialblattes und des Präputialrandes führte. Aus seiner Beobachtung, über die ausführlich berichtet wird, und den einschlägigen Publikationen anderer Autoren zieht PFL. folgende Schlüsse:

1. Die Leukoplakia penis äufsert sich klinisch in einer circumskripten, strangförmigen Infiltration der Haut und in weifslichen Schleimhautverdickungen. Histologisch ist sie charakterisiert durch eine chronische Entzündung, die sich hauptsächlich im subepithelialen Anteil der Schleimhaut lokalisiert und die sekundär zur Hypertrophie im Epithel führt, wobei eine ausgesprochene Hyper- und Parakeratose in den Vordergrund tritt. Das Endstadium bildet eine Atrophie der erkrankten Partien.

2. Die Leukoplakia penis ist sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch den Leukoplakien anderer Schleimhäute gleichzustellen.

3. Auch bei der Kraurosis vulvae handelt es sich um die gleichen Krankheitserscheinungen und die gleichen histologischen Einzelheiten wie bei den Leukoplakien.

4. Ein Übergang der Leukoplakien in Carcinom, wie es bei den Schleimhäuten des Mundes und der weiblichen Genitalien zweifellos besteht, ist auch für die Leukoplakia penis erwiesen.

5. Die Leukoplakien sind spezifische Schleimhauterkrankungen, und nur sekundär ist ein Übergreifen auf die angrenzende äufsere Hautdecke möglich.

6. Die Therapie der Leukoplakien besteht, soweit es der Sitz der Erkrankung zuläfst, in einer möglichst ausgiebigen chirurgischen Entfernung alles Krankhaften, um einer eventuellen malignen Degeneration vorzubeugen.

Der Arbeit ist ein 209 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis beigegeben.

Götz-München.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 98, Heft 1. September 1909.

1. **Die Sporotrichosis DE BEURMANN und ihre Differentialdiagnose gegen Syphilis und Tuberkulose,** von ROBERT STEIN-Bern. Der erste Fall von Sporotrichosis in der deutschen Literatur, beobachtet an der Klinik JADASSOHN. Derselbe gibt dem Verfasser Gelegenheit zu einer eingehenden und kritischen Besprechung der bis jetzt vorliegenden Literatur. Ein 44jähriger Mann, der im Jahre 1894 eine auf Lues, im Jahre 1904 eine auf Tuberkulose verdächtige Erkrankung durchgemacht hatte, verbrennt sich zu Neujahr 1909 am rechten Vorderarme. Die kleine vernachlässigte Brandwunde wandelt sich in einen indolenten Abscefs um. In der Folgezeit entstehen zuerst an derselben Extremität, dann disseminiert am Rumpfe und linken Oberschenkel cutan-subcutane indolente Knoten, von denen einige erweichen, andere nach erfolgter Erweichung perforieren. Die Kultur des Sporotrichon Beurmannii gelang leicht. Unter hohen Jodgaben, bis zu 10 g Jodkalium pro die, trat prompte, bis jetzt rezidivlose Heilung ein.

2. **Beziehungen zwischen dem Erythema exsudativum multiforme und den Erkrankungen innerer Organe,** von OTTO SACHS-Wien. Fünf genau beobachtete und ausführlich mitgeteilte Fälle; in den drei ersten wurden Störungen des Allgemeinbefindens resp. Albuminurie beobachtet, die als dem Erythem koordinierte Symptome einer Allgemeinerkrankung aufgefafst werden. In den anderen beiden Fällen

stand eine subakute parenchymatöse Nephritis im Vordergrunde des Krankheitsbildes; das im Verlauf derselben auftretende Erythema multiforme entsprach vollständig dem HEBRAschen Typus. Die eingehende Bearbeitung der Literatur zeigt eine grofse Anzahl von ähnlichen Fällen, die auf die Möglichkeit hinweisen, dafs eine Infektionskrankheit vorliegt, deren uns noch unbekannte Noxe innere Organe ebenso wie die Haut angreifen kann.

3. **Quantitative Bestimmung der luetischen Serumveränderungen mittels der Reaktion von WASSERMANN, NEISSER und BRUCK**, von B. P. SORMANI-Amsterdam. S. hat quantitative Differenzen im Ausfall der Reaktion durch die stufenweise Verringerung des Extraktes gesehen und daraufhin systematisch bei einer grofsen Anzahl von Fällen die Untersuchung in der Weise durchgeführt, dafs er jede Probe mit fünf Röhrchen (mit jeweilig verschiedener Extraktmenge — bis herab zu einem Fünftel) vornahm und danach den Ausfall der Reaktion je nach der Anzahl der positiven Röhrchen mit 1 (alle fünf Röhrchen positiv), mit 0,8, 0,6, 0,4, 0,2 bezeichnete. Er ist dabei zu folgenden interessanten Resultaten gekommen: Primäraffekte, bis $3^1/_2$ Wochen bestehend, hatten die Durchschnittsziffer 0,4, länger bestehende 0,9; unbehandelte Patienten im Sekundärstadium 0,84; teilweise behandelte oder länger als ein Jahr infizierte hatten die Durchschnittsziffer 0,6—0,77. Im tertiären Stadium fand sich 0,65, bei paraluetischen Krankheiten (Dementia paralytica und Tabes) 0,7, bei hereditärer Lues 1 als Durchschnitt. Dagegen war die Ziffer nach genügender Behandlung nur mehr 0,05!!

4. **Beitrag zur Kenntnis der Syphiloides post-érosives**, von FRITZ JULIUSBERG-Berlin. J. hatte Gelegenheit zu histologischen Untersuchungen in einem Falle dieser seit JAQUET als nichtsyphilitisch erkannten, in ihrer Ätiologie aber noch gar nicht aufgeklärten Erkrankung. Seine histologischen Befunde schliefsen sich vollständig denen von HODARA an; ebenso fand er wie dieser und FERRAND in den Schnitten zahlreiche Bazillen- und Kokkenherde; aufserdem aber hat er in der Tiefe des Epithels und im obersten Corium in Reinkultur vorhandene schlanke Stäbchen gesehen. Trotzdem er den ätiologischen Wert derselben mangels Kulturen anzugeben nicht imstande ist, möchte er doch glauben, dafs die wahrscheinlichste Ätiologie für die Syphiloides post-érosives ein lebendes Agens darstellt, wenn auch ein solches von geringer Virulenz.

5. **Ein Fall von Erythrodermia congenita partialis**, von R. SCHONNEFELD-Frankfurt a. M. Es handelte sich um eine 40jährige Patientin mit angeborener braunroter-kupferroter Verfärbung der Kopfhaut und Hände. Die Affektion war ohne nennenswerte subjektive Beschwerden, ohne Schuppung unverändert stationär geblieben. Auch blieb unentschieden, ob eine seit sieben Monaten bestehende starke Seborrhoe und ein tylotisches Ekzem der Hände in Zusammenhang damit zu bringen war. Die histologische Untersuchung ergab eine Infiltration des Papillarkörpers und eine Perivasculitis, die aber klinisch in keiner Weise zum Ausdruck kamen. Die braunrote Farbe war einerseits durch das zahlreiche Pigment in Epidermis und Corium, andererseits durch die Vermehrung und Erweiterung der Kapillaren bei verdünnter Epidermis zu erklären.

6. **Über Lymphogranuloma**, von HUGO HECHT-Prag. Zwei Fälle: Im ersten besteht bei einem 32jährigen Manne ein grofser Tumor der linken Gesichtshälfte; multiple Hauttumoren, derbe Drüsentumoren; Blutbild bis auf etwas neutrophile Leukocytose normal. Histologisch setzen sich die Hauttumoren zusammen aus Lymphocyten, Plasmazellen, Mastzellen, Bindegewebszellen und grofsen Zellen mit schwach gefärbtem Protoplasma, einen oder mehreren Kernen mit stark tingierten Kernkörperchen. Im zweiten Falle zeigt ein 15jähriger Knabe eine grofse Geschwulst

an der linken Wange, multiple Drüsenschwellungen und einen prurigoähnlichen Hautausschlag; weiße Blutkörperchen 64000; polynukleäre Leukocytose. Histologisch zeigen die Lymphdrüsen Vermehrung des Bindegewebes, reichlich Plasmazellen und die typischen grofsen, oft mehrkernigen Zellen. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 10. Oktober 1909.

1. **Plaque muqueuse der Conjunktiva des Limbus. Die Sekundärsyphilis der Bindehaut,** von A. Antonelli. Kasuistik: 19jähriges Mädchen mit allen klassischen Zeichen der primären und sekundären Syphilis, zeigt an der Schläfenseite des Hornhautrandes eine scharfrandige, nierenförmige, leicht erhabene, graue Plaque, die beinahe den Eindruck eines diphtheroiden Belags macht. Literaturübersicht über das Befallensein der Conjunktiva in der Sekundärperiode.

2. **Akute und chronische Aortitiden und das Atherom bei hereditärer Syphilis,** von A. Lévy-Franckel-Paris. Verfasser zeigt an fünf eigenen und 34 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen, dafs man beim Kinde alle Stadien der Veränderungen an der Aorta findet, wie beim Erwachsenen, von der einfachen Verdickung der Tunica mit Hypertrophie der Elastica interna bis zur Verkalkung; ferner, dafs die hereditäre Syphilis den ersten Platz einnimmt unter den Ursachen der Gefäfsveränderungen bei Kindern. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica.

Band IV, Nr. 4. Oktober 1909.

1. **Die entzündliche Histo- und Pathogenese der Prostatahypertrophie, zugleich Erwiderung auf die Einwände gegen die entzündliche Ätiologie,** von Alfred Rothschild-Berlin. Schon seit einiger Zeit hat R. den Satz aufgestellt, dafs die chronisch-entzündliche Retentionshypertrophie die häufigste Form der als Prostatahypertrophie sich präsentierenden Veränderungen der Prostata ist. Es sind ihm eine Reihe Einwände gemacht worden, auch von autoritativer Seite, die er in diesen Ausführungen zu widerlegen sucht. Wesentlich erscheinen die in 19 Reproduktionen histologischer Befunde beigebrachten Grundlagen, auf denen er seine Schlüsse aufbaut.

2. **Klinischer Bericht über 420 persönliche Beobachtungen aus der Chirurgie der Harnwege,** von Roberto Binaghi-Cagliari. Von den 420 Eingriffen entfielen 34 auf die Niere, 48 auf die Blase, 20 auf die Prostata und 318 auf die Harnröhre. Aus den Schlufssätzen wäre vielleicht anzuführen: die Hervorhebung der primären Nephrektomie, die Cystotomia suprapubica als therapeutischen Eingriff kat exogen bei Lithiasis der Harnblase, die Bevorzugung der transvesikalen Prostatektomie vor der perinealen, die Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenstrikturen mittels der internen Urethrotomie usw.

3. **Über angeborene Verengerungen der Harnröhre des Mannes,** von Josef Englisch-Wien. Der Artikel wird fortgesetzt.

4. **Über Pyelitis,** von H. Feleki-Budapest. Die Pyelitis, die meist mit Erkrankung der Niere selbst kompliziert ist, aber durchaus nicht immer eine Pyelonephritis sein mufs, ist stets, mag sie ascendierend oder hämatogen entstanden sein, eine Infektion. Die einwandfreie Feststellung der Diagnose ist zumeist nur mittels des Harnleiterkatheterismus möglich. In Fällen von blennorrhoischer Pyelitis ist es F. gelungen, in dem mittels des Harnleiterkatheters gewonnenen Harn den Gonococcus als pathogenen Mikroben nachzuweisen. Instillationen und Ausspülungen des

Nierenbeckens wirken auffallend günstig, doch sind sie kontraindiziert bei Pyelonephritis, Tuberkulose und Konkrementbildung; auch bei einfacher Pyelitis oft nicht nötig, da eine Heilung allein mit interner Medikation möglich erscheint; die wesentlichsten Faktoren dabei sind ausgiebige Flüssigkeitszufuhr, die üblichen Harndesinfizientien und eine entsprechende Diät. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band II, Heft 19.

Vergleichende experimentelle Studie über den Wert der Urethrotomia interna und den Wert der gewaltsamen Zerreifsung, von Tébaldo Cimino-Palermo. (Kapitel IX des Lehrbuchs „*Restringimenti uretrali.*“ Beber, Palermo, 1909.) C. behauptet in der Einleitung zu seiner Studie, dafs von den Methoden zur raschen Beseitigung von Harnröhrenstrikturen die Urethrotomia interna und die gewaltsame Zerreifsung (divulsion) am häufigsten angewandt werden; am Schlusse seiner Ausführungen sagt er dagegen — und das dürfte wohl richtiger sein, — dafs die von der forcierten Dilatation wohl zu unterscheidende, von Voillemier beschriebene gewaltsame Zerreifsung fast gar nicht mehr gemacht wird. Um festzustellen, welche der beiden Operationen den Vorzug verdient, hat C. bei Kaninchen durch Kurettierung, Galvanokauterisierung oder Ätzung der Harnröhrenschleimhaut traumatische Strikturen erzeugt, bei der einen Hälfte der Tiere eine Urethrotomia interna, bei der anderen eine gewaltsame Zerreifsung der Striktur in der von Voillemier angegebenen Weise ausgeführt und die Kaninchen zum Teil nach einigen Tagen, zum Teil nach mehreren Monaten getötet und untersucht. Um ferner Klarheit darüber zu gewinnen, welches Verfahren die Entwicklung lokaler oder allgemeiner Infektionen mehr begünstigt, wurden in einer zweiten Reihe von Versuchen Kaninchen mit künstlich erzeugten traumatischen Strikturen Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, von Streptococcus oder von Diplococcus Fränkel intraurethral oder intraperitoneal eingeimpft und bei einem Teil der Tiere die Urethrotomia interna, beim anderen die gewaltsame Zerreifsung der Striktur vorgenommen. Das wichtigste Ergebnis der Versuche war der Nachweis, dafs bei der gewaltsamen Zerreifsung zahlreiche, verschieden grofse, nach allen Richtungen hin verlaufende, durch die ganze Dicke der Harnröhrenwand hindurchgehende Risse entstehen, deren Ausdehnung vom Operateur nicht kontrolliert und nicht beeinflufst werden kann. Dabei bleibt gerade das fibröse Narbengewebe an der strikturierten Stelle intakt, während die Gewebsschichten, die ihre normale Struktur noch ganz oder teilweise besitzen, tief einreifsen; die Risse verheilen unter Bildung grofser, unregelmäfsiger, häfslicher Narben. Die gewaltsame Zerreifsung macht aus einer circumskripten Striktur einen kompletten Narbenring, in dem sich nur noch einzelne epitheliale Elemente finden; im übrigen aber wird nach erfolgter Heilung die ganze Oberfläche der Harnröhre und der urethralen Drüsen von festem, wuchernden und degenerierenden fibrösen Gewebe überzogen. Die Wirkung der Urethrotomia interna ist dagegen streng auf die verengte Stelle beschränkt; es wird nur ein lineärer Schnitt gemacht, dessen Länge und Tiefe vorher genau bestimmt werden kann. Die Urethrotomia interna ist daher der gewaltsamen Zerreifsung entschieden vorzuziehen. Eine septische Infektion der verengten Urethra wird durch die Urethrotomia interna ebensowenig wie durch die gewaltsame Zerreifsung der Striktur beeinflufst. *Göts-München.*

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für das Jahr 1910. (August Hirschwald, Berlin 1910.) Mit dem ersten Schnee erscheint pünktlich wie immer der Hirschwaldsche Medizinalkalender, um uns vor Augen zu führen, dafs das alte Jahr zur Neige geht, um einem neuen Platz zu machen. Leider ist der langjährige Herausgeber des Kalenders, Dr. Wehmer, vor kurzem verschieden, nachdem er gerade die Herausgabe des Kalenders vollendet hatte. Möge es der Verlagsbuchhandlung gelingen, einen dem Verstorbenen würdigen Nachfolger zu finden, damit das allbekannte und beliebte Buch auf der gewohnten Höhe bleibe.

Gegen das Vorjahr hat der Kalender durch die separate Ausgabe des Tageskalenders eine für die Praxis angenehme Verbesserung erfahren, so dafs man das dicke Beiheft nicht mehr in der Tasche mitzutragen braucht. Dieselbe Veränderung hat auch das Beiheft erfahren, indem man es in zwei Teile geteilt hat.

Der Personalkalender enthält aufser den gesetzlichen Vorschriften usw. noch die neue Prüfungsordnung, Gebührenordnung, Zusammenstellung der deutschen medizinischen Fakultäten, die Rang- und Anciennitätslisten des gesamten deutschen Sanitätsoffizierkorps, die Verwaltungsorganisation des Zivilmedizinalwesens in allen deutschen Staaten mit Namensverzeichnis der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Allen Kollegen sei das unentbehrliche Buch warm empfohlen. *P. Taenzer-Bremen.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Scharlachinfektion durch geheilt entlassene Kranke (Return cases der Engländer), von Preisich-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) Autor fand 1904, dafs 145 geheilte Scharlachkranke im ganzen 180 neue Erkrankungen in der eigenen Familie oder im gleichen Hause nach sich zogen. Die Bedeutung der Haut als Trägerin des Krankheitserregers hält er nicht für grofs, sondern glaubt, dafs Nasen- und Mundsekrete die Hauptträger desselben sind. Sehr wesentlich ist, dafs die Kranken nach überstandener Krankheit während der Rekonvaleszenz nicht mit Neuerkrankten zusammenkommen, da dann ihre Sekrete ständig mit neuen Krankheitserregern gespeist werden und sie ihre Infektiosität viel später verlieren, als es aufserhalb des Krankensales der Fall wäre. Auf die Eliminierung des eigenen Virus rechnet P. vier bis sechs Wochen.

Autor tritt dafür ein, den Spitalsaufenthalt der Scharlachrekonvaleszenten auf 14 Tage nach erfolgter Heilung zu verlängern und während dieser Zeit intensive Schleimhautpflege treiben zu lassen bei gleichzeitiger Fernhaltung neuer Scharlachkranker. Hierzu fordert er besondere Pavillons. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bericht über eine Scharlachepidemie in Lurgan, von J. Singleton Darling-Lurgan. (*Dublin Journ. of med. science.* August 1909.) Die Epidemie, bei der von 50 Krankenhauspatienten vier starben, ging mit schwerer septischer Angina einher;

sie nahm wahrscheinlich ihren Ausgang von dem Kinde eines Milchmannes, bei dem die Krankheitserscheinungen so leicht waren, daſs ärztliche Hilfe gar nicht in Anspruch genommen wurde. *Schourp-Danzig.*

Chlorstoffwechsel und Körpergewicht im Scharlach, von O. Grüner und B. Schick-Wien. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 67, Heft 5/6.) Die Verfasser führten bei Scharlach mit bestehender Nephritis die chlorarme Diät durch und haben beobachtet, daſs vorhandene Ödeme mindestens niemals eine nennenswerte Zunahme erfuhren; sie verhinderten bei Nephritiden, welche unter ihren Augen entstanden, jedesmal durch sofortige Anordnung der kochsalzarmen Diät das Auftreten von beträchtlicheren, durch Wägung nachweisbaren Ödemen. Unter kochsalzarmer Diät wird das Durstgefühl herabgesetzt und dadurch unwillkürlich das zweite Moment für die Ödembildung, die Flüssigkeitsretention, eingedämmt. Dem unkomplizierten Scharlach entspricht eine typische Chlorkurve nicht; nur Herzstörungen und Nephritis verändern den Chlorstoffwechsel im Sinne einer Retention. *Schourp-Danzig.*

Untersuchungen der Blutkonzentration bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis, von Siegfried Oppenheimer und Emil Reiss. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1909. Bd. 96, Nr. 5 u. 6.) Bei ihren Untersuchungen legten sich die Autoren die Frage vor, ob es möglich sei, Störungen der Nierenfunktion im Verlauf des Scharlachs feztzustellen, schon ehe die klinischen Symptome den Eintritt der Nephritis erkennen lassen. Zu diesem Zwecke studierten sie hauptsächlich die Wasser- und Salzsekretion der Nieren, und zwar sowohl durch Bestimmung der Kochsalzbilanz als durch Untersuchung der Konzentration des Blutserums an festen Bestandteilen auf refraktometrischem Wege.

In einem Falle setzte die Serumverdünnung schon drei Tage vor den übrigen Zeichen der Nephritis ein. Auf Grund dieses Falles glauben die Autoren, daſs eine Vorhersage vielleicht möglich ist, raten aber bezüglich der praktischen Verwertung dieser Tatsache zu groſser Vorsicht, da bisweilen auch in der fieberfreien Periode Blutverdünnungen vorkommen, ohne daſs eine Nephritis folgt und da es auch akute Nephritiden geben kann, bei denen die Wasser- und Salzausscheidung nicht oder erst später als andere Nierenfunktionen geschädigt wird. Was speziell den Kochsalzstoffwechsel anbetrifft, so wurde fast in allen Fällen während der fieberhaften Periode eine Kochsalzretention nachgewiesen. *Gunsett-Straſsburg.*

Der plötzliche Tod bei Scharlach, von Pagliai. (*Rivist. critic.* Bd. X, Nr. 19.) Für die so häufigen plötzlichen Todesfälle bei Scharlach gibt die Autopsie und histologische Untersuchung keine genügende Aufklärung und keine der aufgestellten Hypothesen ist stichhaltig. *Haas-Hamburg.*

Ein zweifelhafter Fall — Scharlach oder Influenza? von A. Dunlop-St. Helliers, Jersey. (*Lancet.* 18. Sept. 1909.) Zwei Kinder, Bruder und Schwester, im Alter von sieben und vier Jahren, erkrankten gleichzeitig. Bei dem Knaben waren die Symptome typisch für Influenza und bei der bald nachher erkrankten Pflegerin lautete die Diagnose auch zweifellos auf Influenza. Das kleine Mädchen zeigte aber einen diffusen, ausgeprägt skarlatiniformen Ausschlag, der aber nach einigen Tagen verging und eine kleienförmige Abschuppung im Gefolge hatte. Die Wangen waren auch in leichtem Grade davon ergriffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Komplementablenkung bei Scharlach, von Paul Sommerfeld-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 50.) Die vom Verfasser im Laboratorium des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhauses angestellten Untersuchungen mit Scharlachserum ergaben zuweilen mit wässerigen Scharlachleberextrakten Komplementbindung. Die Reaktion war nicht regelmäſsig, stand auch nicht in Beziehung zur Schwere oder Dauer der Erkrankung. Die Sera von Scharlachkranken gaben ferner eine Komple-

mentbindung mit wässerigen Extrakten von luetischen Lebern. Die Bindung war aber nicht dauernd, sondern verschwand nach einiger Zeit. Serum von Scharlachkranken, welches mit einem luetischen Leberextrakt eine Ablenkung der Hämolyse bewirkte, kann bei Prüfung mit einem zweiten wirksamen luetischen Extrakt die Hämolyse unbeeinflufst lassen. Der Wert der Wassermannschen Syphilisreaktion wird durch das Verhalten der Scharlachseren nicht beeinflufst. *Schourp-Danzig.*

Scharlach und Wassermannsche Syphilisreaktion, von W. Holzmann-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Bericht über einen Fall von ausgesprochener Komplementablenkung bei einem 16jährigen Scharlachmädchen; dieselbe verschwand aber nach etwa vier Wochen wieder. Nach den Erfahrungen nicht nur der Hamburger Ärzte, sondern auch anderer Autoren steht es jetzt fest, dafs bei Scharlach nicht ganz selten eine allerdings verhältnismäfsig bald wieder verschwindende Hämolysenhemmung eintritt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Acetonurie bei Scharlach, von Felix Proskauer-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 50.) Seine eingehenden Untersuchungen fafst P. dahin zusammen, dafs sich in sämtlichen Scharlachfällen eine initiale Acetonurie von verschiedener Intensität und von verschieden langer Dauer findet. Die Acetonurie kann in rudimentären Fällen und wohl auch bei der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Serumexanthem zur Unterstützung der Diagnose herangezogen werden in dem Sinne, dafs ein positiver Ausfall dafür, ein negativer aber nicht dagegen spricht. Sie ist unabhängig von der Dauer des Exanthems, der Fieberhöhe und der Schwere des Krankheitsbildes.

Die Ursache der infektiösen Acetonurie ist nicht in einem Kohlehydratmangel infolge ungenügender Nahrungsaufnahme zu suchen. Sie wird durch eine endogene Kohlehydratinanition hervorgerufen, indem im Zusammenhang mit der infektiösen Intoxikation ein Mehrverbrauch von Kohlehydraten eintritt. Die zur Deckung der Kohlehydrate wahrscheinlicherweise einsetzende Umwandlung von Fett in Zucker dürfte als Nebenreaktion die Bildung von Aceton zeitigen. Möglicherweise vollzieht sich der Vorgang derart, dafs unter der Einwirkung des gleichen Leberfermentes eine Aldolkondensation der Fettspaltungsprodukte eintritt, indem aus dem Glycerin Zucker, aus den Abbauprodukten mit zwei Kohlenstoffatomen Aldol, β-Oxybuttersäure und Aceton gebildet wird. *Schourp-Danzig.*

Einige Bemerkungen zu der Arbeit von F. Proskauer: Über die Acetonurie bei Scharlach, von Ludwig F. Meyer. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 51.) Proskauer schliefst aus der Beobachtung, dafs die Acetonurie bei Infektionskrankheiten auch ohne vorangehende Inanition eintreten kann, dafs die alimentäre Inanition bei der Auslösung der Acetonurie nicht im Spiele sein kann. Meyer hält diesen Schlufs für zu weitgehend, da Scharlach fast stets mit initialem Erbrechen und ungenügender Nahrungsaufnahme einhergeht und eintägige Kohlehydratinanition eine vermehrte Acetonausscheidung im Urin zustande bringt.

Beide Autoren machen für die Acetonurie bei Scharlach die Störung im Kohlehydratstoffwechsel verantwortlich. Meyer sucht die Störung in einer Herabsetzung der Kohlehydrattoleranzgrenze, während Proskauer sich vorstellt, dafs der Infekt zu einem Mehrverbrauch an Kohlehydraten und daraus folgender endogener Kohlehydratinanition führt. *Schourp-Danzig.*

Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen, von F. Proskauer. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 51.) Pr. sieht aus den Bemerkungen L. F. Meyers, dafs dieser seine frühere Auffassung modifiziert, indem M. zugibt, dafs die Inanition allein zur Erklärung der Acetonurie nicht in allen Fällen ausreicht, da initiales Erbrechen und ungenügende Nahrungsaufnahme nicht eben stets, sondern nur „fast stets“ auftreten.

PR. nimmt für alle Fälle von infektiöser Acetonurie eine einheitliche, endogene Ursache, die Kohlehydratinanition, an. *Schourp-Danzig.*

Die Folgekrankheiten der Scarlatina, von M. A. GOUGET Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 85.) In dieser kleinen Studie behandelt G. die Krankheitszustände und Gefahren, welche die Scarlatina für die Zukunft mit sich bringen kann. Die gangränöse Angina hinterläßt niemals eine Perforation des Velum, hingegen oft eine weifsliche, deprimierte Narbe, die als luetische imponieren könnte. Oft kommt es zur Nekrose und Eliminierung von Oberkieferteilen. Weitausgedehnte Oesophagusnekrosen können, wenn der Patient die Schwere der Infektion überlebt, zu sehr engen narbigen Oesophagusstenosen führen, welche zur Oesophagotomia externa und zur Gastrostomie Veranlassung geben. Narbige Pylorus- oder Intestinalstenose ist nie bei Scharlach beobachtet worden, hingegen Magenperforation durch Nekrose der Wand und chronische Dyssenterie. Die Nephritis führt bekanntlich oft zur chronischen interstitiellen Nephritis und zur Granularatrophie. Die Leber zeigt ebenfalls oft Nekrosen und die Gelenkschwellungen können durch Befallensein der Knochen und Bänder Gelenkversteifungen zur Folge haben. Oft können sogar in progressiver Weise sämtliche Gelenke befallen werden, ohne dafs es sich aber um Gelenkvereiterungen, die relativ selten sind, handelt. Es kann ferner ein Tumor albus-artiger Zustand der Gelenke zur Beobachtung kommen. Der Zirkulationsapparat kann durch chronische Endo- und Myocarditis, durch nachfolgende Arteriosklerose und thrombotische Gangrän einer Extremität in Mitleidenschaft gezogen werden. Von Nervenerkrankung werden postskarlatinöse Hemiplegien häufig chronisch, seltener Paraplegien. Kinderlähmung, multiple Sklerose, Hemiatrophia facialis, Imbecillität und Demenz können ebenfalls skarlatinöse Folgekrankheiten sein. Das Auge ist seltener befallen (Hornhauttrübungen, Vereiterungen des Augapfels). Hingegen ist die chronische Otitis media eine der häufigsten Folgeerscheinungen; sie führt oft zu Granulationen, Verwachsungen, Zerstörungen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen. Auch vollständige Taubheit durch Labyrintherkrankungen und Taubstummheit bei jungen Individuen, ferner Facialisparalysen und Meningitiden treten oft noch jahrelang nach einer skarlatinösen Otitis auf. *Gunsett-Strafsburg.*

Skarlatinöse Staphylokokkenmeningitis, von E. WEILL und G. MOURIQUAUD, (*Lyon méd.* 1909. Nr. 32.) Ein $3^1/_2$jähriges Kind bekommt im Verlauf einer Scarlatina mit wenig intensiven anginösen Erscheinungen eine abundante, Staphylokokken enthaltende Rhinitis, der in der Rekonvaleszenz eine doppelseitige Otitis media mit Meningitis folgte. Bei der Autopsie fanden sich Meningitis seropurulenta der Basis und pneumonische Herde. Überall wurde Staphylococcus albus ohne andere Beimischung in Reinkultur gefunden. *Gunsett-Strafsburg.*

Über einen Fall von akutem Hydrops der Gallenblase bei Scharlach, von MONTENBRUCK-Bochum. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.) Bei einem fünfjährigen Knaben traten zwei Tage nach dem Beginn einer Scharlacherkrankung heftiges Erbrechen und starke Leibschmerzen, besonders in der Leber- und Gallenblasengegend, und etwa acht Tage später eine Dämpfung in der rechten Bauchseite auf; während der ganzen Zeit war die Temperatur 39—40°. Da die Diagnose zweifelhaft war und das Kind einen schwerkranken Eindruck machte, wurde laparotomiert. Es fand sich eine dreifaustgrofse, prall mit grünlicher, fadenziehender Galle gefüllte Gallenblase, die exstirpiert wurde; das Kind genas ohne weiteren Zwischenfall. Die Galle erwies sich als steril. *Götz-München.*

Motorische Aphasie als Scharlachkomplikation, von NICHOLAS LAWREY-Brooklyn. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 3.) In der zweiten Krankheitswoche traten bei einem sechsjährigen Kinde paraplegische Symptome der linken Seite

mit motorischer Aphasie auf; drei Monate später kehrte die Sprachfähigkeit langsam zurück. *Schourp-Danzig.*

Beobachtungen über die Vaccineschutzimpfungen gegen Scharlach, von Tschiftiew. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 16.) Die Schlufsfolgerungen des Verfassers lauten:

1. Die Streptokokkenvaccine ist zwar nicht für immer, aber doch für die Zeit der Epidemie (1½—2 Monate) imstande den Organismus vor einer Scharlachinfektion zu schützen. Wiederholte Impfungen wirken anscheinend sicherer, als eine einmalige Impfung.

2. Die Streptokokkenvaccine ist in der üblichen Dosis für den Organismus ungefährlich.

3. Bei Impfung nach bereits eingetretener Infektion des Organismus mit Scharlach vermag die Vaccine nicht mehr die Krankheit abzuwehren.

Arthur Jordan-Moskau.

Einige statistische Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum und über die Bakteriologie des Scharlachs, von Bjelilowski. (*Russki Wratsch.* 1909. S. 1081.) Während einer vom Verfasser beobachteten Scharlachepidemie unter den Kirgisen wandte er das Mosersche Serum mit gutem Erfolg an, indem er in 80% Genesung sah. In der Hälfte der mit Serum behandelten Fälle trat aber einige Stunden nach der Injektion ein von der Einstichstelle zwischen den Schulterblättern sich strahlenartig über Rücken, Bauch und Brust ausbreitender, heftig juckender, papulöser Ausschlag auf, der die Kinder sehr beunruhigte. Hinsichtlich des von Klodnitzki gefundenen Scharlachstreptococcus ergaben die Nachuntersuchungen des Verfassers, dafs derselbe bei Züchtung auf schiefem Agar sich vom gewöhnlichen Streptococcus wohl unterscheidet, indem er gröfser ist und keine rundlichen, einzelnen Kolonien, sondern Belege aufweist, die Ähnlichkeit mit dem Löfflerschen Diphtheriebacillus haben. *Arthur Jordan-Moskau.*

Scharlachbehandlung mit Moserschem Serum, von K. Preisich - Budapest. (*Bud. Orv. Ujság.* 1909. Nr. 19.) P. konnte sich weder von der spezifischen Wirkung des Moserschen Serums, noch des Marmorekschen Antitoxins überzeugen. Auf den Verlauf der Krankheit haben sie nur dann eine Wirkung, wenn der Scharlach gleichzeitig gemischt mit Streptokokken auftritt. Darauf hat der anstatt des typisch-lytischen Fieberfalles auftretende kritische Fieberfall Bezug, und das ist eine Antistreptokokkenwirkung. Den Verlauf des reinen Scharlachs stört keines von beiden. Sie können nur auf die Folgen der Streptokokkeninfektion von Wirkung sein. *Porosz-Budapest.*

Die Behandlung des Scharlachs, von B. Bendix-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1909. Nr. 4.) Für die allgemeine ärztliche Praxis reichen die Erfahrungen weder mit dem Moserschen noch mit dem Aronsohnschen Serum aus. Beim normalen Verlauf des Scharlachs sei eine abwartende Haltung am Platze; sie mufs aber aufgegeben werden, sobald sich schwere Komplikationen einstellen. Bei schweren Formen gilt es oft zwei Indikationen zu genügen: den tiefen Sopor zu beseitigen und das Atmungszentrum anzuregen, dann der Herzlähmung vorzubeugen. Der ersten Indikation wird man durch eine zielbewufste Wasserbehandlung gerecht, der zweiten durch frühzeitige und reichliche Dosen von Wein, Kognak, Champagner und durch häufige Gaben von Kampfer. Bei Scharlachdiphteroid empfiehlt Verfasser die Injektionen von 3%iger Karbolsäure in die Gaumenteile (nach Heubner). Ein Scharlachkranker sei für seine Umgebung erst dann als nicht mehr ansteckend zu betrachten, wenn die Schuppung vollkommen aufgehört hat.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieser Affektionen, von Julius Ritter-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Die Erfahrungen Ritters ermuntern zur Fortsetzung der Versuche, schwere Scharlachfälle zeitig der Serumtherapie zuzuführen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie, von Blacher-Petersburg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) Autor mifst dem Streptococcus, dessen Spezifizität als Erreger nicht erwiesen ist, eine grofse Rolle für den Krankheitsverlauf bei. Die Serumwirkung äufsert sich in Temperaturabfall und in Herabsetzung der Mortalität. *Arthur Schucht-Danzig.*

Der gegenwärtige Stand der Scharlachbehandlung. (*Therap. Monatsberichte.* 1908. Heft 12.) Es werden die Anschauungen Oppenheimers erörtert und daneben die bisherigen Erfahrungen mit der Serumtherapie kurz besprochen. Die Literatur der letzten Jahre ist eingehend berücksichtigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eine erneute Erkrankung an Masern nach drei Monaten, von Medowikow. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 26.) Der zweijährige, kleine Patient machte unter den Augen des Verfassers das erste Mal die Masern im April und das zweite Mal im Juli desselben Jahres durch. Beide Male fanden sich alle Zeichen von Masern.

Arthur Jordan-Moskau.

Bakteriologische Untersuchungen bei Masern, von Lorey. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 63, Heft 1.) Die Erysipelstreptokokken sind die häufigsten Erreger von Komplikationen im Verlauf von Masern. Die Schwere einer Masernepidemie wird durch die Häufigkeit der Sekundärinfektion mit Erysipelstreptokokken bedingt. Der Befund von nennenswerten Mengen von Streptokokken auf den Rachenorganen zeigt eine Sekundärinfektion an und trübt die Prognose. Gelingt es, aus dem Blute Erysipelstreptokokken zu züchten, so ist fast immer mit tödlichem Ausgang zu rechnen. Die erste Ansiedlungsstätte der sekundären Krankheitserreger sind die oberen Luftwege. Der Pseudokroup scheint eine Pneumokokkeninfektion zu sein. *Haas-Hamburg.*

Das Kopliksche Symptom. Seine Bedeutung für die Frühdiagnose der Masern. (*Presse méd.* 1909. Nr. 55.) Der Aufsatz ist einer ausführlichen Monographie entnommen, die in der *Gaz. méd. de Nantes,* Bd. 27, Nr. 19, erschien. Auf der Innenseite der Wangen und Lippen erscheinen gewöhnlich ein bis drei Tage vor Ausbruch der Masern rote Flecken, deren Zentrum von einem weifslich-blauen Punkt eingenommen ist. Die Flecken werden gröfser und konfluieren. Nur der mittlere, weifse Punkt ist pathognomonisch. Er ist nie gröfser als 1 mm, ist nur wenig prominent, hängt an der Mucosa fest und kann nur schwer mit dem Mundspatel entfernt werden. Die weifsen Flecken konfluieren nicht und gehen nie in Ulceration über. Sie finden sich gewöhnlich 6—20 an der Zahl auf jeder Seite. *Gunsett-Strafsburg.*

Entzündung der Nierenbecken und der Nieren als Komplikation der Masern, von Matylda Biehler. (*Medycyna i Kronika lek.* 1909. Nr. 29.) Unter 147 Masernfällen fand Verfasserin neunmal (6%) eine Nierenbeckenentzündung vor. Die Komplikationen seitens der Nieren sind gar nicht so selten und scheinen öfters bei Mädchen als bei Knaben aufzutreten. Sie kommen oft nicht deutlich zum Ausdruck und werden erst durch die Harnuntersuchung entdeckt. Deren Verlauf ist in der Regel ein milder, deren Dauer sechs bis acht Wochen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Akute Myelitis im Gefolge von Masern, von J. H. Busteed und W. M. Sadler. (*Brit. med. Journ.* 16. Okt. 1909.) Verfasser wurden konsultiert wegen eines neunjährigen Knaben, Sohn armer Eltern, der seit fünf bis sechs Tagen krank gewesen war, charakteristische Symptome einer in der Abnahme begriffenen Masernattacke

darbot und seit zwei Tagen an Urinverhaltung und Schwäche der unteren Extremitäten gelitten hatte. Die Untersuchung ergab ausgebreitete Erscheinungen einer in der Höhe der Dorsalwirbel gelegenen transversalen Myelitis. Genesung erfolgte langsam, war aber schliefslich eine vollständige. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Masern und rotes Licht, von A. Gouget. (*Presse méd.* 1909. Nr. 34.) Der Autor sah keinen Einflufs des roten Lichts auf den Verlauf der Masern.

Gunsett-Strafsburg.

Einige Beobachtungen über die Röteln, von Fedorow. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 30 und 31, S. 901 und 925.) Als Hausarzt hat Verfasser ganz genau eine Rötelepidemie in Irkutsk beobachten können, die am 30. Oktober 1905 begann und am 9. März 1906 endete. In einigen Fällen konnte er auch die Inkubationszeit verfolgen, die zwischen 12 und 34 Tagen schwankte. Verfasser sieht die Röteln als eine besondere Krankheit an, wenn auch nicht selten zweifelhafte Fälle vorkommen, die bald den Masern, bald mehr dem Scharlach gleichen. Unter den Zeichen, welche am meisten für die Diagnose Röteln sprechen, sind zu nennen: die längere Inkubationszeit, die Unbedeutendheit der Prodromalerscheinungen, die geringe Dauer der Fieberperiode, die Polymorphie des Ausschlags, die irreguläre Angina, welche bald mit dem Ausschlag, bald nach demselben auftritt und die starke Schwellung der Unterkiefer- und Halsdrüsen, bisweilen auch der übrigen Drüsen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Existiert die Dukessche Krankheit? von A. Romeo-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 9.) Bekanntlich beschrieb Dukes unter dem Namen „die vierte Krankheit“ eine der Scarlatina vollständig ähnliche Erkrankung, die sich durch ihren leichten Verlauf, das Fehlen von Komplikationen und Nachkrankheiten, das schnelle Verschwinden der Kontagiosität und die lange Inkubation von der Scarlatina unterschied. Diese Merkmale hält R. nicht für genügend, um daraus eine neue Krankheit zu konstruieren und hält alle Dukesschen Fälle für besonders benigne Scarlatina, wie sie unter dem Namen „apyretische Scarlatina“ wohl bekannt und studiert sind. Er teilt fünf diesbezügliche Krankengeschichten mit. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine Windpockenepidemie, von Bruno Bosse-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* 51. Bd., 1.—4. Heft.) B. berichtet von einer Windpockenepidemie in einer Entbindungsanstalt. Von 70 Kindern erkrankten 36, darunter besonders die älteren Kinder. Die von der Krankheit verschont gebliebenen Kinder waren ausschliefslich Brustkinder. Acht Kinder zeigten septische Affektionen. Von diesen starben vier. Die septischen Begleit- und Nachkrankheiten traten in Form eitriger Pleuritiden, Perikarditiden, Peritonitiden, allgemeiner Streptokokkensepsis mit Blutungen, Lymphdrüsenvereiterungen, Mediastinalabscessen und Mediastinitiden ohne Abscefsbildung auf.

Aus seinen Beobachtungen zieht der Verfasser die Lehre, dafs man bei der Beurteilung von sogenannten kryptogenetischen Sepsisfällen von Kindern, aber auch von Erwachsenen, stets im Auge behalten soll, dafs auch die Varicellen, wie wir es von der Skarlatina her fast gewöhnt sind, mit Streptokokken vergesellschaftet sein können, und dafs man daher auf eine etwaige Epidemie dieser Art fahnden soll. In bezug auf die Giftigkeit der Kokken und die Resistenz der infizierten Organismen läfst sich kein Gesetz aufstellen. Die Prognose bleibt also für alle Fälle zweifelhaft; sie hängt vielleicht etwas von der Gesamtdauer (der Latenz) des Prozesses, zumeist aber davon ab, ob sich Lokalisationen bilden und wieweit sich chirurgische Hilfeleistung wirksam in Anwendung bringen läfst. *Schourp-Danzig.*

Beitrag zur Ätiologie der Windpocken, von E. Bertarelli-Parma. (*Centralblatt f. Bakt.* Bd. 50, Heft 2.) B. hat zu seinen bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchungen mehr als 100 Fälle verschiedener Schwere herangezogen, alle möglichen kulturellen Kunstgriffe benutzt und das Endergebnis war, dafs bei Varicella

kein konstanter und interessanter Befund nachweisbar ist, die Einimpfung der Windpocken beim Menschen nicht sehr leicht gelingt und daſs man bei einem und demselben Menschen Unempfänglickeit für Varicella und Empfänglichkeit für Pocken finden kann. Der einzige Befund, welcher eine besondere Beachtung verdiente, ist derjenige, den die Schnitte der Hornhaut von mit varicellösem Material geimpfter Kaninchen darbieten: in den tiefer liegenden Zellen des Hornhautepithels beobachtet man feine rundliche Körnchen, umgeben von einem hellen Hofe, in Form einer achromatischen Zone. Diese Körperchen sind kein konstanter, sondern ein verhältnismäſsig seltener Befund, B. vermutet daher, daſs sie als Cytoryctes im Anfangsstadium zu betrachten sei, welche nicht dazu gelangen, sich weiter zu entwickeln, daſs entfernte Beziehungen der Homologie zwischen Vaccine und Variola bestehen oder gewisse Fälle von Varicella als solche von sehr leichter Variola anzusprechen seien. B. scheint also jenen Autoren eher Recht zu geben, welche eine einheitliche Ätiologie für echte Blattern und Schafblattern annehmen. *Stern-München.*

Über den ätiologischen Zusammenhang der Varicellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster, von J. v. Bókay-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Schon 1892 hat B. auf einen eigentümlichen Zusammenhang zwischen Zoster und Varicellen hingewiesen, als er mehrere Male in einer Familie einen Fall von Varicellen sah, nachdem kurz vorher bei einem anderen Familienmitgliede ein Zoster in seine Beobachtung gelangt war. Er ist seitdem verschiedentlich in der Lage gewesen, in Familie bezw. auf Abteilung Varicellenfälle, auch gehäuft, zu sehen, die sich offenbar an einen 10—20 Tage vorher zur Beobachtung gelangten Zosterfall anschlossen; wenigstens konnte in den betreffenden Fällen eine andere Quelle der Varicelleninfektion nicht nachgewiesen werden. Bei genauem Studium der Literatur hat er überdies mehrere Male die Notiz gefunden, daſs eine zosterartige Anordnung der Varicellen beobachtet worden ist. Daraus folgert er: „Der bisher unbekannte Erreger der Varicellen kann sich unter gewissen, uns nicht bekannten Umständen statt in einer allgemeinen Eruption einer Zostereruption gemäſs äuſsern, welche Gürtelausschlagsform im Falle einer Weiterverbreitung typische Varicellen hervorzurufen vermag.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Die Otitis media bei Varicellen, von Maurice Jacod-Lyon. (*Bullet. et mém. de la soc. franç. d'oto-rhinolaryngologie.* Congrès de 1908. Octave Doin, Paris 1909.) Die Otitis media ist im Verlauf der Varicellen häufiger als gemeinhin angenommen wird. Sie tritt auf einerseits im Anschluſs an die stomachalen und pharyngealen Komplikationen des Beginns der Erkrankung, einem richtigen varicellösem Exanthem, andererseits im Spätverlauf durch Übergreifen einer cutanen generalisierten Infektion aufs Ohr, wenn die Varicellen sich durch impetigoartige Pusteln und Furunkel komplizieren. Oft sind direkt pyämische Prozesse im Spiel. Immer werden Staphylokokken als die Erreger gefunden. Oft wird auch eine alte latente Otitis media durch Varicellen wieder ins akute suppurative Stadium gebracht. Am leichteten verlaufen immer die Otitiden des Beginnes der Erkrankung, am schwersten diejenigen auf pyämischer Basis. *Gunsett-Straſsburg.*

Impfung bei Windpocken, von D. Smallpiece-Lee-on, Solent. (*Brit. med. Journ.* 31. Juli 1909.) Verfasser hat bei Erkrankung zweier seiner Kinder an ziemlich heftigen, mit Narbenbildung verlaufenen Varicellen das dritte Kind mit dem Inhalt eines Bläschens unter Beobachtung der nötigen Kautelen geimpft. Die Hautläsion heilte in drei Tagen ab, aber acht Tage nach der Impfung traten Reaktionserscheinungen an der Stelle hervor, und Tags darauf traten gelinde Fiebererscheinungen und ein papillärer Ausschlag mit minimalen Vesikeln hervor. Nach fünf Tagen waren

alle Krankheitserscheinungen vergangen, ohne irgendwie höhere Grade erreicht zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Serologische Untersuchungen bei der Variola vera, von Dahm. Kurze Mitteilung. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 51, Heft 2) In erster Linie versuchte D. gelegentlich einer in Duisburg ausgebrochenen kleinen Pockenepidemie die von Bordet und Gengou gefundene Reaktion der Komplementverankerung, die besonders von Wassermann mit so viel Erfolg in die Praxis eingeführt worden ist. Das Serum von Pockenkranken besitzt demnach die Eigenschaft, mit Lymphe Komplement zu bilden, diese Eigenschaft scheint aber nach überstandener Krankheit im Organismus bald zu schwinden oder doch an Stärke wesentlich abzunehmen. In weiteren Versuchen wurde das Verhalten des Leberextrakts von dem Lymphkalbe und des Milz- und Leberextrakts von der Pockenleiche bezüglich ihres Bindungsvermögens gegen Lymphe geprüft und in beiden Versuchsreihen trat vollkommene Hemmung ein, bei Zusatz von Normalserum aber stets vollständige Hämolyse. Der Frage, ob vielleicht im Serum von Pockenkranken Substanzen sich finden, die eine spezifisch agglutinierende Wirkung auf die Lymphe ausüben, wurde schliefslich ebenfalls durch bezügliche Versuche nähergetreten, dieselben ergaben aber keinerlei für eine sichere Agglutination sprechenden Tatsachen. *Stern-München.*

Über eine neue erfolgreiche Variolaübertragung auf das Kalb, von E. Meder-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 16.) Die Übertragung gelang mit dem frischen, nicht eitrigen Inhalt von Pockenbläschen eines noch nicht geimpften Säuglings nach Verreibung mit Glycerin unter allen nötigen Kautelen. Die Pusteln entwickelten sich am Kalbe langsamer, als dies nach Vaccineimpfungen der Fall zu sein pflegt. Der Inhalt der entstehenden Bläschen ist späterhin nach weiterer Übertragung in ausgedehntem Mafse mit bestem Erfolg für Impfungen an zahlreichen Menschen verwendet worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tierversuche mit Vaccine, Variola und Ovine, von L. Voigt. (*Zeitschr. f. Infektionskr., parasitäre Krankh. u. Hyg. d. Haustiere.* Bd. VI, Heft 2.) V. kommt auf Grund seiner Beobachtungen an Affen, Schafen, Ziegen, Schweinen und Kaninchen zu folgenden Schlüssen:

Die Variola veranlafst, wie beim Menschen, auch am Affen einen allgemeinen Ausschlag und allgemeine Erkrankung, verläuft aber milder als beim Menschen. — Die von anderer Seite gemachten Angaben über schwere Erkrankung des Schweines an der Variola kann V. nicht bestätigen. — Am Rinde, Schaf und an der Ziege, wie am Kaninchen beschränkt sich die Variola auf die Hervorrufung fieberfreier örtlicher Reaktion in Gestalt von Papeln, Knötchen und Pusteln. Schaf und Ziege werden von der Variola nur unvollkommen gegen die Schafpocken geschützt. Die Vaccine ruft örtliche, mit etwas Fieber begleitete Erscheinungen hervor, aufser beim Menschen auch beim Affen und beim Schwein, dagegen entstehen durch die Vaccine lediglich örtliche Erscheinungen, die ohne nennenswertes Fieber verlaufen, am Rind, Schaf, Kaninchen und an der Ziege. Durch die Vaccine werden Schafe und Ziegen gegen die nachfolgende Ovine nur unvollständig immunisiert. Umgekehrt immunisiert die Ovine das Rind nur unvollständig gegen die nachfolgende Vaccine. Ähnliches dürfte von der Variola gelten. Besonders die Beziehung der Ovine zu den Affen und die Frage der Fortpflanzung der Vaccine und der Variola von Lamm zu Lamm und Ziege zu Ziege bedürfen noch weiterer Untersuchung, wie auch die Übertragung der Ovine auf das Schwein. Bis jetzt ist noch keinerlei Nachweis der Überführung der Variola oder der Vaccine in die Form der Ovine oder der Ovine in eine mildere Dauerform erbracht worden. *Haas-Hamburg.*

Über Zellveränderungen in inneren Organen bei Variola, von KEYSSELITZ und MAYER. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene.* 1909. Bd. XIII, Beiheft 2.) Von einem 30jährigen Schwarzen, der zu Beginn des Exanthemausbruches eingeliefert wurde und am fünften bis sechsten Krankheitstage starb, dessen Körper mit Blatternbläschen bedeckt war, wurden die inneren Organe untersucht. In Leber, Lungen, Niere, Milz und Knochenmark fanden sich Krankheitsherde bezw. Zellveränderungen, die denen der Haut analog aufzufassen sind. Die im Plasma aufgefundenen, nur geringen Formenreichtum aufweisenden Einschlüsse halten die Autoren für identisch mit den GUARNIERIschen Körperchen in den Epithelzellen der Variolapusteln. Sie sind geneigt, auch den kleinsten runden Gebilden diese Deutung zu geben. Für die Erreger sprechen sie dieselben nicht an, zumal sie sich nicht in der die Zellen umspülenden Flüssigkeit finden. (Zwei farbige Tafeln.) *Arthur Schucht-Danzig.*

Kuhpockenimpfung (?) im Jahre 1770 in Deutschland durch einen englischen Arzt, von WILHELM EBSTEIN-Göttingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) E. teilt die in ärztlichen Kreisen unbekannt gebliebene Tatsache mit, daſs, wie M. PETRI berichtet, J. G. HAMANN, „Der Magus im Norden" schon im Jahre 1770 seinen Sohn durch einen englischen Arzt namens MOTHERBY die Kuhpocken inokulieren lieſs und die Impfung auch seinem Freunde MOSES MENDELSSOHN angelegentlich empfahl. Nach E.s Ansicht sind damals sicher auch andere Kinder von dem gleichen Arzt geimpft worden. Aus einer Notiz GOETHES in „Dichtung und Wahrheit" geht übrigens hervor, daſs schon zehn Jahre vor der Impfung des kleinen HAMANN Leute aus England nach Deutschland gekommen sind, um die Menschenpockenimpfung auszuführen. *Götz-München.*

Die angebliche Kuhpockenimpfung in Königsberg im Jahre 1770, von H. DEICHERT-Hannover. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) W. EBSTEIN berichtete vor kurzem in der „*Dtsch. med. Wochenschr.*" (1909, Nr. 20) über eine von dem englischen Arzte MOTHERBY im Jahre 1770 an einem Sohne des Königsberger Philosophen J. G. HAMANN vorgenommenen angeblichen „Kuhpockenimpfung". Nach D. dürfte es sich dabei aber tatsächlich nicht um Vaccination, sondern um eine verbesserte Art der Variolation mit einem augenscheinlich gutartigen Blatternstoff gehandelt haben; das ergibt sich aus einer um die fragliche Zeit erschienenen Schrift, deren Verfasser SAMUEL BOCK, Rektor an der Königsberger Akademie, am 21. Mai 1770, also etwa fünf Tage nach der Impfung des kleinen HAMANN, seinem eigenen Kinde durch MOTHERBY die Menschenpocken inokulieren lieſs. *Götz-München.*

Kritisches zur Impffrage, von H. BÖING-Berlin. (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1909. Nr. 25 u. 26.) Nach einer kritischen Besprechung der Arbeit von HOCHE-Potsdam: „Die Schutzpockenimpfung" präzisiert B. seine eigene Auffassung der Impffrage dahin:

Für die Existenz eines durch die Vaccination erzielten Schutzes spricht 1. das JENNERsche Experiment, d. h. die Tatsache, daſs die Inokulation von echtem Pockeneiter in die Haut von Menschen, die einige Wochen vorher vacciniert sind, keine Variola zur Folge hat; 2. die Verschiebung der Altersklassen in bezug auf das Erkranken an Pocken seit Einführung der Kuhpockenimpfung, d. h. die Tatsache, daſs vor JENNER fast ausschlieſslich Kinder bis zu zehn Jahren von den Pocken ergriffen, während nach JENNER im Laufe der Jahre allmählich immer höhere Altersklassen von ihnen befallen wurden.

Gegen die Existenz eines dauernden, intensiven Schutzes spricht 1. daſs in allen gröſseren neueren Epidemien fast nur Geimpfte erkranken (95%) und daſs die Letalität bei diesen geimpft Erkrankten nicht geringer ist als in der vorjennerschen Zeit (14—15%); 2. daſs die Wiederimpfung im zwölften Lebensjahr und die Drittimpfung bei den Rekruten regelmäſsig erfolgreich ist, ja, daſs dies sogar in 95% bei

einer fünften Impfung zutrifft, die $1^1/_2$ Jahre nach der ebenfalls erfolgreichen vierten Impfung bei 154 Soldaten vorgenommen wurde. *Schourp-Danzig.*

Die Resultate von 150 Fällen von Impfungen und Wiederimpfungen, von R. GUILLERMIN und A. CRAMER-Genf. (*Revue méd. de la Suisse romande.* 1909. Nr. 6.) Aus den von den Verfassern mitgeteilten Tabellen geht hervor, dafs die Wiederimpfung nötig ist; denn sie erhielten in jedem Alter einen positiven Ausfall der Wiederimpfungen (in 63,5% der Fälle). Es ist vorteilhaft, für die Wiederimpfung nicht bis zum 12. Jahre zu warten, da in 50% der Fälle Kinder unter zwölf Jahren mit Erfolg wieder geimpft wurden. Jedenfalls soll in Zeiten einer Epidemie mit dem Impfen nicht gewartet werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Wirkung einer Neutralrotsalbe auf die experimentelle Vaccineinfektion beim Kaninchen, von FRIEDBERGER und YAMAMOTO. (*Berl. klin. Wochenschr.* 30. Okt. 1909.) In Übereinstimmung mit den Erfahrungen TAPPEINERS und JODLBAUERS an Protozoen, Bakterien, Schimmelpilzen und Fermenten findet sich eine intensive abtötende Wirkung des Neutralrots in vitro auf das invisible Virus der Vaccine bei Belichtung.

Um zwecks therapeutischer Anwendung das Neutralrot in längeren Kontakt mit der Haut bezw. Cornea bringen zu können, benutzten die Autoren folgende Salbe: 0,1 Neutralrot werden in Alkohol. absolut. gelöst und dann in einer Reibschale unter allmählichem Zusatz von 100 g möglichst farbloser Vaseline mit dieser innig gemischt.

Es wurden bei Kaninchen Haut bezw. Cornea der einen Seite mit Lymphe geimpft, auf diese Stelle verschieden lange Zeit später Neutralrotsalbe aufgelegt und dann dem Sonnenlicht ausgesetzt.

Auf die Cornea hat dieses Verfahren keinen Einflufs. An der Haut dagegen zeigte sich selbst bei Einsetzen der Behandlung 24 Stunden nach der Infektion, dafs die belichtete Seite gänzlich von den charakteristischen Eruptionen der Kaninchenvaccine frei blieb, während auf der verdeckten Seite die Pusteln deutlich zu der gewöhnlichen Zeit zum Ausbruch kamen.

Es wird zum Versuch bei menschlicher Variola, vielleicht auch bei Scarlatina, Varicellen, Morbilli und allen primären Infektionen der Haut geraten.

Arthur Schucht-Danzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsfähigkeit der Vaccinestoffe, von PROGLIESE und DEBENEDETTI-Turin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 50, Heft 4.) Verfasser prüften die bezüglichen Versuche von PROWAZEK, welcher gezeigt hat, dafs die Lymphe, mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, noch bis zur Proportion 1:2000 die Wirksamkeit besitzt, nach und kamen zu ähnlichen Resultaten. Das Vaccinematerial ist also relativ ziemlich stark infizierend, da es auch in ziemlich grofser Verdünnung noch wirkt, und der Vaccineerreger existiert, wenn auch nicht ausschliefslich, so doch zum gröfsten Teil im Innern der Zellen. Letztere Beobachtung stimmt ebenfalls mit den bisherigen morphologischen Ergebnissen, die vermuten liefsen, dafs das Variolavirus hauptsächlich endocellulär ist, überein.

Stern-München.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra, speziell in Beziehung auf die Vereinigten Staaten, deren Kolonien und den benachbarten Bahamainseln, von C. A. PERROSE-Baltimore. (*New York med. Journ.* 21. Aug. 1909.) P. gibt nach einem historischen, die bekannten Lepradaten

wiedergebenden Rückblick eine Übersicht über den Stand der Leprafrage in den Vereinigten Staaten, deren Kolonien (Kuba und Philippinen) und den Bahamainseln, wo er als Mitglied einer speziell dorthin gesandten Kommission tätig war. Er sieht diese Frage außerordentlich pessimistisch an und fürchtet, wenn wir uns nicht der überraschenden Zunahme der Leprafälle in den letzten Jahren bewufst werden und geeignete Mafsnahmen zur Isolierung der Leprakranken in Zusammenarbeit mit den anderen Staaten und Mächten treffen, würden wir in Zukunft einmal eine ebenso schlimme Epidemie zu bekämpfen haben, wie es im Mittelalter der Fall war. Die Leprakommission der Vereinigten Staaten sammelte 278 Fälle von Lepra, wovon nur 72 unter Aufsicht stehen. 145 Fälle waren in den Vereinigten Staaten, 120 in anderen Ländern geboren, 13 unbekannten Ursprungs; bei vielen der infizierten Personen steht es fest, dafs sie erst während ihres Aufenthaltes in Amerika die Krankheit akquirierten. Auf den Hawaiinseln gibt es viele Leprafälle, ein Fall auf je 30 gesunde Personen, wie von mancher Seite behauptet wird, ebenso auf den Philippinen. Die Zustände, wie sie P. von den Bahamainseln beschreibt, sind die denkbar ungünstigsten bezüglich Hygiene und Versorgung der Leprakranken; er gibt einen eingehenden Bericht über die Expedition, welche unter seiner Leitung dorthin von den Vereinigten Staaten gesandt wurde und den Eingeborenen wertvolle Dienste zu leisten imstande war; P. würde es für das Beste halten, zwei Inseln der Gruppe dafür zu bestimmen, dafs die eine die verdächtigen Fälle zur Untersuchung, die anderen die wirklichen Fälle von Lepra aufnimmt. Obwohl der Hansensche Bacillus allgemein als die Ursache der Lepra angenommen wird, so sind die Bedingungen, unter welchen er sich entwickelt und den menschlichen Körper befällt, noch unbekannt. Erfahrung und zahlreiche Beobachtungen sprechen dagegen, dafs Vererbung eine Rolle spielt, Alvarez glaubt, dafs die gewöhnliche Hausfliege, Moskitos und Wanzen die Übertragung der Lepra vermitteln. Verfasser ist der Ansicht, dafs eine der gewöhnlichsten Ansteckungsquellen unsaubere Ausführung der Impfung und des Rasierens ist. Es gibt bekanntlich zwei Hauptformen der Lepra, die tuberöse und die anästhetische (maculoanaesthetische), erstere die schwerere und am meisten entstellende Form und die durchschnittliche Lebensdauer hierbei neun bis zehn Jahre. Bezüglich der Therapie hält P. nicht viel von den in letzter Zeit empfohlenen Mitteln, wie Sera, X-Strahlen usw.; manche Fälle kamen spontan zur Heilung oder bleiben latent. Vieles kann zwar geschehen, um die Symptome zu mildern und das Schicksal der Leprösen leichter zu gestalten, aber auch gegenwärtig ist nach Verfassers Ansicht, ebenso wie im Mittelalter, Prophylaxe resp. Isolierung der Kranken die rationelle Heilmethode. *Stern-München.*

Die auf den Philippinen beobachtete Lepra und deren Behandlung, von V. G. Heiser-Manila. (*Amer. Journ. med. scienc.* Sept. 1909.) Nach der Besetzung der Inseln durch die Amerikaner hat man zur Isolierung der Leprakranken eine Kolonie auf der Insel Culion eingerichtet, und seit 1905 sind alle zur Kenntnis der Behörde gebrachten Fälle dorthin möglichst ohne Härte übergeführt worden. Die Gesamtzahl der Leprösen auf den Philippinen wird vor dem Einsetzen des Isolationsverfahrens auf 3—4000 geschätzt mit einem jährlichen Zuwachs von etwa 700 neuen Erkrankungen. Die amtliche Zählung vom Februar 1909 ergibt mit 2291 Fällen eine erhebliche Abnahme. Die wichtigste Eingangspforte für die Infektion bildet nach H. die Nasenschleimhaut; von einer Serie von 1200 Fällen zeigten 799 Patienten Ulcerationen am Nasenseptum. Von therapeutischen Eingriffen verspricht H. sich nicht viel, doch hat er einige gute Resultate mit Röntgenbestrahlung erzielt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Lepraherde in Persien, von Feistmantel-Teheran. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 23.) In Persien sind gröfsere Lepraherde in Täbris (Tauris, Nordwesten

Persiens), in Meschhed (Nordosten) und in Buschehr (am persischen Golf, Süden), außerdem kleinere in Kirmanschah, Hamadan, Teheran, Nasretabad und Schiras vorhanden. Leproserien sind nur bei Täbris und in Hamadan, die meisten Kranken sind nicht isoliert. Auch in den dem Nordosten und Nordwesten Persiens benachbarten russischen Provinzen Transkaukasien und Transkaspien existieren größere Lepraherde, der größte in dem der persischen Grenze nahe gelegenen Eriwan auf der Route Tiflis-Täbris. Sowohl in Transkaspien wie am persischen Golf sind es vorwiegend die unter den elendesten Verhältnissen lebenden Fischer und Schiffer, die von der Lepra befallen werden. Die Verbreitung der Krankheit geht in ganz Persien den großen Karawanen- und Verkehrsstraßen entlang. Bei den desolaten hygienischen und finanziellen Verhältnissen und den derzeitigen anarchischen Zuständen Persiens ist an eine strikte Isolierung der Kranken gegenwärtig nicht zu denken; immerhin wird durch die europäischen Ärzte speziell in Meschhed einiges zu erreichen sein. Jedenfalls aber sollte die englisch-indische Regierung, die vor einiger Zeit den Sanitäts- und Quarantänedienst des persischen Golfs übernommen hat, die Fischer und Schiffer, die zumeist aus den unter englischem Protektorat stehenden Bahreininseln stammen, genau überwachen und die Kranken isolieren lassen; denn die Sanierung des persischen Golfs wird um so dringender, je näher der Termin für die Beendigung des neuen Verbindungsweges mit Kleinasien und Europa heranrückt. *Götz-München.*

Die Lepra im Kreise Grobin, von S. Prissmann-Libau. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) Auf die Lepra im Kreise Grobin, der Ausgangspunkt der Memeler Epidemie, lenkte zuerst 1896 Blaschko die Aufmerksamkeit. Autor plaidiert warm für Errichtung eines eigenen Lepraheimes in dem Kreise, weil so erreicht werde, daß die Kranken sich nicht der Internierung entziehen oder dieselbe als unerträgliche Last empfinden, wie bei Versendung in ein Lepraheim fern von ihrer Heimat. In einer Tabelle werden 46 Fälle zusammengestellt, 21 Männer und 25 Weiber. Betont wird die Bedeutung der Aufnahme auch bereits verstorbener Lepröser in die Lepraliste, um die Angehörigen dieser durch den Kreisarzt untersuchen lassen zu können. Solange Aussatzherde im Kreise Grobin bestehen, droht dem deutschen Leprakreise Memel bei dem regen Grenzverkehr nach wie vor große Gefährdung.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Epidemiologie der Lepra, von A. S. Ashmead-New York. (*New York med. Journ.* 21. Aug. 1909.) Ashmead vertritt den Standpunkt, daß die Verbreitung der Lepra durch Insektenstiche stattfindet und daß gewisse klimatische Verhältnisse diese Verbreitung begünstigen. Bei seinen Untersuchungen in Columbia fand er, daß vor allem Landarbeiter und Taglöhner, also diejenigen, welche am meisten Insektenstichen ausgesetzt sind, von Lepra befallen werden. In feuchtem Klima, bei einer Mitteltemperatur von 21—24° C. herrschen die schlimmen, die tuberkulösen Formen der Krankheit vor, während die milderen, die nervösen und gemischten, in trockenen, heißen Ländern vorherrschen und kaltes Klima (zwischen 8 und 12° C.) die wenigsten Leprafälle aufweist. Interessant ist die Tatsache, daß in dem großen kolumbischen Lepraasyl (Agua de Dios) über 1000 (1230) Kranke interniert sind und nur 204 Kinder von 1891—1908 dort geboren wurden; Ashmead hält es daher gar nicht für geboten, eine spezielle Disposition bei Weiterverbreitung der Lepra oder den Verhütungsmaßregeln zu berücksichtigen. Schließlich berührt er noch die Gefahr, welche den Vereinigten Staaten und Canada durch die ungehinderte Einwanderung von Leprösen aus Island bedrohen, und führt einige bezügliche statistische Daten an.

Stern-München.

Sachverzeichnis.

Abscefs 38. 50. 124. 160. 197. 270. 277. 379. 383. 393. 415. 418. 459. 471. 474; (Apert und Brac) 407. 408; (Troisfontaines) 462.
— der Prostata (Nogués, Pasteau und Albarran) 175. 176.
— Douglas (v. Khautz jun.) 75.
—, paraurethraler (Aja) 376.
—, perinephritischer (Albarran) 458.
Acetonurie (Proskauer) 552; (Meyer) 552.
Addisonsche Krankheit s. Morbus Addisonii.
Adenoma 161. 503.
— sebaceum 212; (Lipschütz) 167; (Breda) 173; (Pasini) 173; congenitale (Audry) 67.
Adénopathies s. Tuberkulöse, Venerische Drüsenentzündungen und Drüsenentzündungen, infektiöse.
Aërotuba (Dreuw) 261. 442.
Ainhum 268.
Akanthosis nigricans (Béron) 2; (Pribram) 44; (Petrini) 407.
Akne 30. 33. 160. 163. 186. 212. 218. 337. 383. 385. 386. 387. 393. 394. 395. 410. 421. 424. 466. 468. 471. 506; (P. G. Unna) 33; (Foster) 213; (Lowe) 269.
— gigas 160.
— cachecticorum s. Follikulitis scrophulosorum.
— conglobata (Ehrmann) 445.
— cornea s. Akne punctata.
— pilaris (Gaston und Payenneville) 495.
—, polymorphe (Nicolas und Laurent) 496.
— punctata vegetans (Hallopeau und François-Dainvill) 497.
— rosacea s. Rosacea.
— sebacea hypertrophica s. Akne punctata.
— teleangiektodes 169. 445; (Kren) 163. 168.
Akne urticata 61.
— varioliformis s. Follikulitis varioliformis.
Aknebehandlung 26. 94. 502; (Joachim) 32; (Scherber) 33; (Delorge) 233.
— mit Opsoninen 233.
—, physikalische 469.
Akneiforme Erkrankungen 469.
Aknekeloid 383. 387. 469.
Aknitis 60. 214. 301; (Schamberg 211.
Akrodermatitis atrophicans 204. 355; (Nobl) 164.
— continue 22; — pustulosa (de Azua) 464.
Akromegalie (Mollow) 512.
Aktinomykosis 414; (Varney) 217; (Ravaut und Pinoy) 220.
Akute Exantheme (Heubner) 517; (Heim) 517; (Biehler) 518; (Bachmann) 518.
Albinismus (Diesing) 119; — bei Negern (Moore) 270.
Albuminproben (Wolpe) 75.
Albuminurie 40. 49. 74. 75. 130. 132. 173. 426. 471; (Tschumakow) 26; (Seelig) 64; (Wolpe) 75; (Croftan) 76; (v. Decastello) 76; (Török) 77; (Vas) 77; (Lemoine und Linossier) 78; (Caranfilian) 78; (Siciliano) 78; (Nothmann) 78; (Preleitner) 79; (Linossier und Lemoine) 370; (Weiss-Eder) 370; (Schreiber) 373; (Eichhorst) 374; —, Eiweifsbestimmung (Meyer-Wedell und Schumm) 373.
Alcuentasalben (Kamprath) 123.
Aleppobeule s. Ulcus tropicum.
Alopecia 216; (Jeanselme) 46; (Macleod) 170; (Montesano) 173; (Joachim) 282; (Ehrmann) 445.
— und Pilocarpin (Bizard) 362.
— bei den Indianern (Sult) 26.
— des Wimperbodens 47.
— areata 46. 68. 473. 491; (Dockrell) 282.

Alopecia congenita (J. N. Hyde) 211; (Leiner) 446.
Aniodol (Li Virghi) 51.
Alsolcrême (Schüle) 123.
Amylurie (Wile) 80.
Anämie 80. 225. 281. 421; (Tissot) 419.
Anaphylaxie 92. 434.
Angina 513.
Angiokeratoma 214. 275; (Sasakawa) 120; (Sakaguchi) 120; (Beck) 349. 510; (Guszmann) 355.
Angiolupoid (Brocq und Pautrier) 355.
Angioma 171. 201. 352. 406. 510. 513.
Angiomatosis miliaris (Steiner und Voerner) 509.
Angiome, multiple (Weidenfeld) 450.
Anhidrosis 509.
Angioneurosen (Kreibich) 354; (Zieler) 467.
Ansprache (Gilchrist) 337.
Anthrax 124; (Mauclaire und Jacoulet) 277.
Antisepsis s. Desinfektion.
Anurie 174; (Leguen) 64; (v. Khautz jun.) 75; (Weber) 80; (Watson) 80; (Ohno) 120; (Nogués und Albarran) 175; (Kümmell) 369; (Oreviceanu und Iliescu) 369; (Dieulafoy) 369; (Weiss) 373; (Albarran) 458; (Ertzbischoff) 458; (Papin) 458.
Aphthae 25. 447.
Apicitis 168.
Argyrosis universalis (Kolokin) 364.
Arsenikexanthem (Zeissler) 116.
Arsenwirkung (Diesing) 170.
Arteriosklerose 76. 201. 328. 416. 463. 505.
Arzneiexantheme 91. 125. 224.
Arzt, der (Fürst) 468.
Asphyxie 349.
Aspirinexanthem (Scherber) 450.
Atheroma 18. 386; (Zimmermann) 49; (Lévy-Franckel) 548.
Atoxylvergiftung (Schlecht) 504.
Atrophia cutis (Halle) 204; (Terebinsky) 206; (Finger) 355; (Ehrmann) 355; (Brocq und Fernet) 498.
— — idiopathica 355; (Königstein) 168; (Seifert) 282; (Rusch) 448. 449; (Blaschko) 543.
— — maculosa (Lewtschenkow) 174.

Balanitis 123. 546; (Corbus und Harris) 367.
Balanoposthitis 224; —, gangränöse, Mikrobiologie der (Queyrat und Laroche) 497.
Baunscheidtismus (Nobl) 450.
Bazillurie 49. 50.
Beriberi (Monro) 509.
Bilharziakrankheit s. Hämaturie.
Blase, Schufsverletzungen der (Tikanadze) 501.
—, Suffizienzbestimmung der (Strassmann) 501.
Blasenbehandlung (Pedersen) 366.
Blaseneröffnung (Rydygier) 71.
Blasenexstirpation (Strauss) 501.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenmalakoplakie (Berg) 501.
Blasenmuskelerkrankungen (Asch) 71.
Blasennaht (v. Hacker) 71.
Blasenneuralgien (Courtade) 175.
Blasenscheidenfisteloperationsinstrument (Pasteau) 175.
Blasenschnitt (Papin und Gernez) 175.
Blasenspalte (Hirschmann) 358.
Blasensteine 270. 548; (Weiss) 501; (Goldberg) 501; (Born) 501; (Böhme) 501; (Pfister) 501.
Blasentumoren (Böhme) 64; (Leguen) 70; (Blum) 368; (Zuckerkandl) 500; (Berg) 501.
Blastomykosis 160. 166; (Ryerson) 38; (Petersen) 62; (Shields) 216; (Ormsby) 495; (Day) 502.
— auf den Philippinen (Phalen und Nichols) 38.
Blattern s. Variola.
Blausucht s. Morbus caeruleus.
Blennorrhoea 51. 52. 69. 81. 223. 269. 279. 415; (Spooner) 25; (Selenew) 27; (Batut) 67; (Samuels) 82; Lavenant) 82; (Leyberg) 82; (Huhner) 83; (Uhle und Mac Kinney) 84; (Naumann) 84; (Jordan) 85; (Dieulafoy) 85. 183; (Houssiau) 86; (Kinoshita) 120; (Eudokimow) 174; (Magni und de Favento) 174; (Lohnstein) 360; (Picker) 360; (Aja) 376; (Fernet) 378.
—, Diagnose der (Peacock) 25.
—, Bakteriologie der (Rathbun und Dexter) 376.
—, experimentelle (Miropolski) 27; (Chauffard und Fiessinger) 497.
— des Auges (Morrow) 376; (Bull) 376; (Edgar) 377; (Krauss) 377; (Fukala) 378; (Haab) 378.
— der Knochen (Boikow) 364; (Holmberg) 378; (Nouell) 464.
— der Mundhöhle (Schauer) 376.
— des Rektums (Eichhorn) 169.
— und Sclerosis multiplex (Szécsi) 379.
— bei kleinen Mädchen (Scheuer) 379.
Blennorrhoebehandlung 87. 94. 375. 472. 506; (Bartholomew) 65; (Romme) 81; (Lohnstein) 84; (Ernst) 85; (Bruck) 86; (Scheuer) 86; (Pedersen) 86; (Apostolides jun.) 87; (Laszky) 87; (Neubauer) 87; (Szamek) 87; (Kostmann) 87; (Siedler) 87; (Rosenthal) 87; (Hirschberg) 87; (Withmore) 94; (Leyberg) 117;

(Kretzmer) 124; (Spitzer) 164; (Csiki und Kugel) 208; (Lavenant) 379.
Blennorrhoebehandlung mit Allosan (Schwersenski) 380; (O'Brien) 380.
— mit Chinin (Brault) 380.
— mit Kälte (Steffen) 501.
— mit Opsoninen (Dieulafoy) 378; (Cukor) 380; (Moore) 411; (Loxton) 411; (de Campagnolle) 501.
— mit Sandelöl und Derivaten (Vieth und O. Ehrmann) 485.
— mit Thyresol (J. Cohn) 380; (Levin) 380; (Vertun) 380; (Eisert) 380.
Blennorrhoeheilbarkeit (Wolbast) 73.
Blennorrhoekomplikationen (Mangubi) 68.
Blennorrhoeprophylaxe 263.
Blennorrhoische Cystitis 65; (Padgett) 25.
— Epididymitis 463; (Mihara) 271.
— Follikulitis 233.
— Funikulitis 463.
— Harnröhrenstriktur 548.
— Keratose (Chauffard und Fiessinger) 497.
— Lymphangitis ulcerosa (Mazza) 172.
— Osteomyelitis (Heymann) 360.
— Peritonitis (Eudokimow) 463.
— Pyelitis 548.
— Septikämie (Dieulafoy) 378.
— Sykosis (Wright) 232.
Blennorrhoischer Rheumatismus 472; (Brault) 380; (Bartholomew) 411.
Blutentgiftung (Tissot) 419.
Bolus alba (Frei) 472.
Botryomykosis (Truffi) 173.
Bouba s. Framboesia.
Bouton de Biskra s. Ulcus tropicum.
Bradykardie 416.
Brightsche Krankheit s. Morbus Brightii.
Bromakne s. Bromexanthem.
Bromexanthem 160. 383; (Adler) 61; (Shidachi) 120; (Knowles) 126; (Gellis) 446; (Schäffer) 467; (Ormsby) 495.
Bromoformexanthem (Vorhees) 512.
Bubo, venerischer 94. 465. 470; (Mariani) 41.
— —, Behandlung des 464; (Reines) 41; (Tschumakow) 174.
Buchweizenkrankheit 448.

Calvities s. Alopecia.
Cancer s. Carcinoma.
Carcinoma 7. 44. 74. 91. 114. 121. 124. 161. 168. 216. 218. 235. 337. 356. 359. 361. 362. 406. 418. 422. 448. 470. 500. 503. 546; (Elsberg) 41; (Azúa) 42; (Legueu) 64; (J. Richter) 65; (Juliusberg) 107; 159; (J. Fick) 111; (Pollitzer) 215; (Aichel) 225; (Leopold) 338; (Minne) 357; (Venulet) 368; (Lipschütz) 447.
Carcinoma, elastische Elemente im (Rothfeld) 49.
— und Syphilis (Papiantz) 41; (Massei) 461.
— auf Leukoplakie (Reclus) 43.
— durch Röntgenschädigung (H. E. Schmidt) 41; (Coenen) 280.
— der Blase (Legueu) 70; (Duhot) 71; (Venulet) 368; (Suzuki) 368; (Blum) 368.
— der Niere (Pillet) 178; (A. Bloch) 462.
— des Nierenbeckens (Blum) 500; (Bloch) 500.
— der Prostata (Motz und Majewski) 176; (Blumer) 270.
— der Zunge (Little) 405.
Carcinombehandlung 212. 474; (Sherwell) 41; (Juge) 280; (Bordier) 280.
— mit Elektrizität 502; (Matagne) 42; (Rivière) 42. 279; (Juge) 280.
— mit Radiumstrahlen 171; (Gaucher) 42; (Wickham und Degrais) 355.
— mit Röntgenstrahlen (Terzaghi) 43; (Petersen) 206.
Cheilitis glandularis apostematosa (Sutton) 215.
Chemie, Repetitorium der (Arnold) 365.
— der Haut. IV. (Unna u. Golodetz) 95.
Chloasma 212. 470.
Chrysarobinsalben mit Alkalizusatz (Dreuw) 531.
Chrysarobinvergiftung (Friedrich) 123.
Chylurie 113. 284; (Lalle) 79; Magnus-Levy) 370; (Brandenberg) 370.
Cocainolcrême (Pinner und Siegert) 375.
Colliculushypertrophie und Colliculuskaustik (Orlowski) 359.
Colpitis senilis 375.
Coryza 494.
Craw-Craw 112.
Creeping disease (Wosstrikow und Bogrow) 68.
Cutis verticis gyrata (Pospelow) 363; (Oppenheim) 447; (Bogrow) 491.
Cysten 48. 49. 200. 383. 423. 498; (Fukushima) 270.
Cystenniere (Brongersma) 64; (Pousson) 458.
Cystitis 49. 50. 51. 70. 74. 270. 368. 369. 370; (Regenspurger) 51; (Tanaka) 65. 358; (Fromme) 71; (Ullmann) 71.
Cystitisbehandlung (Purpura) 119; (Courtade) 175.
Cystocele (Padgett) 25.
Cystographie, biologische (v. Lichtenberg) 500.
Cysto-Neostomie (Boari) 362.
Cystopurin (Haedicke) 51.
Cystoskopie (Ringleb) 174. 360. 462; (Pasteau) 175; (Schlagintweit) 360; (Blum) 360; (Goldschmidt) 360; (Wilcox) 502.
Cystoskopische Befunde (Fulgowski) 501.

Dakryocystitis 415.
Dariers Krankheit 237. 497; (Meschtscherski) 68; (Lipman-Wulf) 159.
— in drei Generationen (Pöhlmann) 452.
Dekubitus 123. 376. 470.
Dermatitis 472.
— durch Gewerbe (Chajes) 408; —, experimentelle (Heim und Pautrier) 515.
— durch Millepora (Jones) 515.
— durch Pflanzen (de Lepinay) 128.
— arteficialis 464; (Leiner) 449; — bullöse (Hallopeau und François-Dainvill) 497.
— bullosa 91.
— exfoliativa 16. 164; — generalisata (Ehrmann) 165.
— — acuta benigna s. Erythema scarlatiniforme.
— — neonatorum 417.
— gangraenosa infantum (N. Walker und Low) 466.
— herpetiformis s. Hydroa.
— infantilis simplex 417.
— lichenoides chronica atrophicans (Csillag) 467.
— nodularis necrotica s. Aknitis.
— papillaris 383.
— papulosa 124. 418.
— polymorpha dolorosa chronica 211.
— psoriasiformis nodularis 232.
— repens (Nicol) 231.
— scarlatina-artige 219.
— venenata (Pisko) 270; — durch Haarfärbemittel (Schalek) 129; (Burke) 514.
—, verrukoide (Bossellini) 207.
Dermatologie (Pusey) 234.
Dermatologische Erfahrungssätze (Armstrong) 269.
— Mittel (H. Fox) 216.
Dermatosen s. Hautkrankheiten.
Desinfektion (Guibé) 234; (Gley) 234.
Diabetes 80. 160. 215. 283. 340. 474. 506; (Simmonds) 45; (Romme) 282; (Magnus-Levy) 370; — und Niere (Litthauer) 590.
Diagnosefall (Little) 404. 405; (Crocker) 405; (Savill) 405; (Low) 466.
Diagnostik, pathologisch-anatomische (Orth) 364.
Diphtherie 333. 437. 554; (Biehler) 518; — der Conjunctiva (Weill und Mouriquand) 36.
Diphtherieserum (Bacon und Williams) 125.
Diskomykosis s. Aktinomykosis.
Drüsenentzündungen, infektiöse (Batut) 222.
Dukessche Krankheit s. Vierte Krankheit.
Dyspnoe 80.
Dystrophia papillaris 44.

Eiterkrankheiten und Opsonine (Mallanah) 474.
— und Quecksilber (Gandolfo) 124.
Ekthyma 142. 438.
— scrophuleux 256. 305.
Ekzema 26. 89. 90. 91. 92. 94. 117. 138. 139. 168. 205. 207. 211. 232. 238. 240. 249. 269. 277. 352. 385. 406. 417. 424. 433. 434. 437. 441. 447. 449. 468. 470. 471. 472. 492. 507. 547; (Gaucher) 30; (Define) 31; (Fordyce) 216; (Berend) 231.
—, Differentialdiagnose des (Gaucher) 30.
— ani (Scheuer) 231.
— des Gesichtes 440.
— des Kopfes 440. 472.
— des Nagels (Sachs) 166.
— der Zehen (Ruggles) 214.
— akutum rubrum 30.
—, follikuläres 30.
— impetiginosum 30.
— induratum 212.
— intertriginosum 123. 408.
— keratodes 351.
— lichenoides 30.
— marginatum 221. 471.
— nummulaire 30.
— papulosum 438; — vesiculosum crustosum 421.
— pruriginosum 31.
— psoriatiforme 30.
—, rhagadenförmiges 464.
— seborrhoicum 61. 117. 167. 212. 213. 325. 439. 440. 470. 472. 473; — annulare 449.
Ekzembehndlung 123. 212. 455. 644; (Nicolas und Jambon) 81; (Geissler) 81; (Werner) 231; (Scheuer) 231; (Chajes) 408.
Eleïdin 422; (Gavazzeni) 56; (Stein) 210.
Elektrizität 26. 164. 176. 177. 178. 212. 276. 280. 349. 355. 367. 469. 516; (Anderson) 26; (Matagne) 42; (Rivière) 42. 279; (Kromayer) 53; (Becker) 122; (Scheuer) 128; (Winkler) 165; (Courtade) 175; (Petit) 177; (MacKee) 218; (Vignolo-Lutati) 276; (Juge) 280; (Veiel) 355; (Davidsohn) 421; (Neuber) 471; (Porosz) 501; (Lohnstein) 501; (Friedländer) 502.
Elephantiasis 447; (Tischler) 39; (von Frisch) 39; (Castellani) 113; (Foster) 218; (Gutiérrez) 375.
Endometritis 375.
Endothelioma s. Carcinoma.
Epheliden 168.
Epidermolysis bullosa hereditaria (Königstein) 168; (Nobl) 443; (Pernet) 517.
Epididymitis 49. 50; (Emödi) 72; (Porosz) 73; (Becker) 122; (Ercoli) 173; (Picker) 360.

Epispadie (Nové-Josserand) 459.
Epithelfaserfärbung nach der neuen Methode Unnas (Biach) 191.
Epithelioma 31.
— contagiosum (Sabella) 173; (Lipschütz) 451.
— s. auch Carcinoma.
Epithelzellensymbiose (Le Roy) 90.
Erfrierung s. Perniosis.
Erröten, krankhaftes (Aronsohn) 508.
Erysipelas 39. 124. 138. 207. 277. 419. 427. 491. 492. 507. 555; (Sörensen) 39.
—, Streptokokken des (Hecht und Hulles) 277.
—, Behandlung des 92; (Ross und Johnsohn) 39.
Erysipeloid 450.
Erythema 26. 90. 91. 138. 168. 417 421. 433. 440. 441. 447. 448. 449. 498; (Renault) 496; (Monro) 509.
— der Kinder mit meningealen Reaktionen (Hutinel) 124.
— atrophicans s. Ulerythema centrifugum.
— bullosum, toxisches (Oppenheim) 167.
— — vegetans 8. 22. 167. 202. 467; (Kren) 164; — ähnlicher Fall (Sakurane und Shiga) 271.
—, chronisches, durch Würmer (Werssilowa) 509.
— exsudativum s. Erythema multiforme exsudativum.
— foliaceum 164.
— idiopathicum 249.
— induratum 94. 214. 275; (Thibierge und Gastinel) 67; (Kren) 168; (Gavazzeni) 248. 294; (Nobl) 443.
—, infantiles 418.
— iris toxicum nach Aspirin (Scherber) 450.
— malignum (Brelet) 125.
— morbilliforme 441; (Elizagaray) 509.
— multiforme 32. 89. 91. 138. 337.
— — und Röntgenstrahlen (Lain) 125.
— — vesiculosum 8.
— — exsudativum 91. 417; (Bonnet) 515; (Sachs) 546.
— nodosum 61. 67. 248. 249. 294. 305; (Nakano) 120; (Shidachi) 120; (Chauffard und Troisier) 182; (de Franceschi) 499.
— papulatum 439.
— perstans faciei und Tuberkulose (Polland) 207.
— polymorphum s. Erythema multiforme.
— scarlatiniforme (Criegern) 31; (Elizagaray) 509.
— toxicum 437.
— universale 441.
— urticatum s. Urticaria.
Erythrasma 471.
Erythrodermia 2; (Corlett) 212.
— congenita (Terebinsky) 62; (Schonnefeld) 547; — ichthyosiforme (Terebinky) 204; (Nicolas und Jambon) 456; (Brocq und Fernet) 498.
Erythrodermia pityriasica en plaques disséminées s. Ekzema.
— squamosa 232.
—, universelle 164. 165.
Erythrose 468.
Eucerin (Philippi) 504.
Eugallolwirkung, Histologie der (Kopytowski) 206.
Exfoliatio bullosa 417.
— lamellosa neonatorum 417.
— vesiculosa 417.

Farcinosis cutanea 2.
Favus 84. 419. 445. 446. 497; (Sabouraud) 66; (Mibelli) 173; (Brezovszki) 232; (Adamson) 404. 405; (Pachner) 451; (Gastou und Payenneville) 496.
— -behandlung mit Opsoninen (Persson) 232.
Fibroma 161. 355; (Define) 31; (v. Hansemann) 43.
— molluscum (Iwanoff) 205.
— — cutis multiplex s. Neurofibromatosis.
— — pendulum 167.
Fibromatosis lymphangiectatica (Minne) 23.
Filaria (Genhart) 284.
—, Geschwulst durch (E. Hoffmann und Halberstädter) 365.
Filariasis 112; (Tanaka) 113.
Finsenbehandlung s. Phototherapie.
Fistel 172. 450. 460. 461. 464.
Fluor 375.
Folliklis 60. 212. 214. 260. 275. 301. 303. 449; (Iwanoff) 61. 204; (Leiner) 446.
Follikulitis 160. 261. 266. 269. 277. 379. 417. 433. 471.
— decalvans (Ehrmann) 445; (Grünfeld) 445; (Gastou und Payenneville) 495.
— sclerotisans 383.
— scrophulosorum 186. 254. 275. 303. 410; (Müller) 165; (Königstein) 168; (Little) 405; (Lipschütz) 446; (Scherber) 447; (Leiner) 449; (von Leszczynski) 452; (Balzer und Sevestre) 498.
— varioliformis 445; (Colc. Fox) 404.
Framboesia 112; (Castellani) 113.
Frostbeulen s. Perniosis.
Fulguration s. Elektrizität.
Furunkel 419. 474; (Becker) 122.
Furunkulosis 160. 266. 383. 410. 417. 424. 433; (Robin) 278; (Gastou und Payenneville) 495.
—, Ätiologie der (Blum) 40.
—, Behandlung der 94. 506; — mit Opsoninen (Mauté) 278.

Gangosa 91; (Mink und McLean) 112.
Gangrän 40. 50. 162. 277. 415. 418. 463. 553; (Romeo) 132; (Rolleston) 133; (N. Walker und Low) 466; (Queyrat und Laroche) 497.
—, fuso-spirilläre Symbiose bei (Mantegazza) 40.
—, symmetrische (Potpeschnigg) 117.
Genesung, klinisch und histologisch (Vignolo-Lutati) 210. 211.
Genitalien und Magenleiden (Vértas) 366.
Genitalorgane, männliche (Simmonds) 223.
Genitalsekrete (Posner) 88.
Geschlechtsapparat s. Genitalorgane.
Geschlechtskrankheiten 64. 356; (Wahrer) 270; (Scheuer) 272; (Picker) 360; (Hansteen) 499.
— bei Kindern (Pollack) 269.
— und Sehorgan (Hirschberg) 175.
— in Nord-Neumecklenburg (Siebert) 234.
Geschlechtskrankheitenbehandlung 124.
— mit Europhen (Lewitt) 123.
— mit Hyperämie (Stancanelli) 421.
— mit Scharlachsalbe (Auerbach) 470.
Geschlechtskrankheitenbekämpfung 409; (Scheuer) 283.
Gesichtsdeformitäten (de Vries) 502.
Gesichtsrose s. Erysipelas.
Gewerbeekzem s. Dermatitis durch Gewerbe.
Gicht (Panella) 499.
Givasanzahnpaste (Boss) 29.
Glukosimeter 375; (Goldmann) 375; (Zeehandelaar) 375.
Glykogen 503.
Glykosurie 231. 282; (Brandenberg) 370; —, Zuckernachweis (Citron) 371.
Gonorrhoe s. Blennorrhoea.
Granuloma annulare (Wende) 455.
— fungoides 2. 213. 284. 464. 471; (Bogrow) 27; (Lang) 36; (Pautrier) 67; (K. Dohi) 120; (Blumenthal) 204; (Solowieff) 205; (Saweljew) 491.
— tropicum inguinale 112.
— venereum 234.
Gumma 29. 187. 224. 228. 249. 461. 462. 496; (Friedländer) 160; (Ullmann) 166; (Lipschütz) 167. 168; (Jeanselme) 188; (Balzer und Sevestre) 408; (Fasal) 445; (Grünfeld) 446; (Cron) 452; (Savy) 457; (Priklonski) 463.
— an Calomelinjektionsstellen (Mibelli) 172.
—, phagedänisches (Covisa) 465.

Haarpflege (Dammann) 469.
Haarstellung in Naevis (Martinotti) 211.
Haarzunge, schwarze 415; — Parasiten der (Guégeu) 34.
Haarzunge s. auch Zunge, schwarze.
Hämangioendothelioma 503.
Hämangiome der Blase (Thunnin) 500.
Hämaturie 49. 70. 164; (Balloch) 269; (Letulle) 272; (Thumin) 358; (Li Virghi) 371; (Gautier) 371; (Albarran) 458; (Gaucher) 458; (v. Frisch) 500; (Pfister) 501.
Hämoglobinurie 49; (Graefe und Müller) 79; (E. Meyer und Emmerich) 371; (v. d. Bergh) 374.
— und Hämolyse (Donath und Landsteiner) 79; (Romme) 373.
Hämophilie 204; (Romme) 513.
Hämorrhoiden (Maramaldi) 45.
Harn, (Semal) 75.
—, Chemie des (Rosenberg) 503.
—, elektrische Leitfähigkeit des (Loewenhardt) 500.
— bei Kinderkrankheiten (Morse und Crothers) 74.
Harnanalyse (Lassar-Cohn) 223.
Harnbestandteile (Desmoulière) 458.
Harnblase s. Blase.
Harnentleerung, abnorme (Stockes) 502.
Harninfiltration (Nakano) 120.
Harnkrankheitenbehandlung (Haedicke) 51.
Harnleiter s. Ureter.
Harnorgane und Opsonine (Schneider) 360.
Harnretention s. Anurie.
Harnröhre s. Urethra.
Harnsäure (Martinet) 75.
Harnuntersuchung (Harrower) 22.
Harnwege, Chirurgie der (Binaghi) 548.
—, Mykosen der (Wossidlo) 360.
Haut, β-Naphtoleinwirkung auf die (Kopytowski) 129.
—, verminderte Widerstandsfähigkeit der (Brocq) 415.
— des Kopfes und Schädelknochen (Schein) 417.
Hauteinstülpungen, kongenitale (Klemm) 48.
Hautgewöhnung, Experimentelles und Histologisches über (Stein) 209.
Hautkrankheiten 356.
— und Leukocyten (Stümpke) 90.
— und Mund-Nasenhöhle (Fordyce) 90.
— und Reaktion der Kephalorhachidialflüssigkeit (Ferrand) 417.
— und Stoffwechsel (Johnston und Schwartz) 89. 116.
— in Nord-Neumecklenburg (Siebert) 234.
— der Tropen s. Tropenkrankheiten.
— nach Bauchoperationen (Shepherd) 219.
— der Neugeborenen (Beck) 417.
— der Säuglinge (Ferrand) 418
—, chronische entzündliche (Duhring) 455.

Hautkrankheiten, hysterische (Vignolo-Lutati) 172.
—, juckende (Chajes) 408; (Klingmüller) 424.
—, trophische (Bunch) 404.
— und Nierenkrankheiten (Nohl) 417.
Hautkrankheitenbehandlung (Boas) 234; (Klingmüller) 424; (Duhring) 455; (de Azua) 464.
— des Gesichts (Bizard) 26.
— mit Chrysarobin (Wolters) 471.
— mit Diät (Porosz) 421.
— mit Europhen (Lewitt) 123.
— mit Fibrolysin (Define) 124.
— mit flüssiger Luft (Kohlensäureschnee) (Dade) 114; (Heidingsfeld) 124; (Zeisler) 212; (Sutton) 470; (Zweig) 506.
— mit Hyperämie (Stancanelli) 421.
— mit Kalksalzen (Bettmann) 472.
— mit Massage (Leroy) 122. 468.
— mit Pittylen (Haedecke) 471.
— mit Scharlachsalbe (Auerbach) 470.
— mit Seebädern (Löw) 472.
— mit Stauungshyperämie (Mantegazza) 94.
— mit Superoxyden (Dumstrey) 124.
— mit Teer (Haedecke) 471; (de Azúa) 471.
—, physikalische 355; (Veiel) 355.
Hautreaktionsfähigkeit (Beck) 355. 432.
Hautreize und Hautreaktionen (Külbs) 416.
Hautreizungsapparat (Plate) 122.
Hauttumoren, multiple (Schütz) 284.
—, seltene (Fasal) 355.
Hefekrankheiten der Haut (Petersen) 62.
Hefeseife (Kabisch) 506.
Heftpflaster, elastisches (Bardach) 284.
Hermaphroditismus (Marcuse) 222.
Herpes 25. 224. 379. 405.
— bei Typhus (Bajor) 516.
— febrilis (Adamson) 494.
— generalisatus 130.
— gestationis 9. 472.
— simplex (Knowles) 516.
— tonsurans s. Trichophytia.
— zoster s. Zoster.
Herzklappenfehler (Curtis und Lawrence) 405.
Hidrosadenitis 256.
Histologische Untersuchungen, Anleitung zu (Orth) 364.
Hodenentzündung s. Epididymitis.
Hodennaht (Enderlen) 501.
Hodgsonsche Krankheit s. Morbus Hodgson.
Holzessig für die Genitalien (Joachim) 472.
Hornzelle, Anordnung der Bestandteile in der (Judin) 147.
—, Relief der (v. Bergmann) 151.
Hydroa 62. 89. 91. 117. 207. 355. 424. 448. 464. 471; (Tóth) 130; (Hodara) 141. 196. 307; (Gardiner) 336; (Covisa) 464.
Hydroa aestivalis s. Hydroa vacciniforme.
— gestationis (Falkiner) 516.
— vacciniforme (Ehrmann) 210; (Gaucher, Druelle und Louste) 407.
Hydrocelenbehandlung (Marcozzi) 176.
Hydronephrosen (Albarran) 458.
Hyperämie des Gesichts 26.
Hypertrichosisbehandlung (Donald) 48.
Hyphomycetenkrankheiten (Bloch und Massini) 419.
Hypospadie (Hall) 270; (Nové-Josserand) 459.
Hysterie (Bartholomew) 411.

Ichthyosis 62. 171. 406.
— und Schilddrüse (Weill und Mouriquand) 32.
— follicularis (Macleod) 170.
— sebacea 417.
— serpentina (Orimo) 120.
Idiopathische Gefäßerkrankung (Steiner und Voerner) 509.
Idiotismus, infantiler (Hainiss) 46.
Ikterus, chronischer (Posner) 44.
— familiärer (Rosenfeld) 338.
— neonatorum (Carpenter) 404.
Impetigo 92. 123. 138. 418. 464. 471. 494; (Watanabe) 120; (Whigham) 404; (Gastou und Payenneville) 496.
— contagiosa s. Impetigo vulgaris.
— herpetiformis (Gavazzeni) 8; (Reitmann) 164.
— vulgaris 91. 138. 368. 421.
Impotentia 65. 359; (Zdanowitz) 359.
— und Rauchvergiftung (Heymann) 360.
Impotenzbehandlung (Williams) 65.
Incontinentia urinae 366; (Mentzikovsky) 50; (Courtade) 175; (Nogués) 175; (Lohnstein) 501.
Indicanurie 89. 117.
Infektiöse Krankheiten nach Feuersbrunst (D. W. Montgomery und H. Morrow) 494.
Infektion und Insekt (Blanchard) 224.
Initialsklerose 23. 162. 163. 167. 183. 187. 220. 224. 227. 275. 276. 342. 406. 418. 446. 465. 496; (Ravaut und Bord) 279; (Dandois) 356; (Szécsi) 379; (Balzer und Sevestre) 408; (Pawlow) 463; (Priklonski) 463; (Brault) 496; (Queyrat und Pinard) 497; (Lenglet und Sourdeau) 498.
—, extragenitale 116. 227; (Leiner) 26; — des Augenwinkels (Gaucher und Druelle) 407; (Pawlow) 463; (Brault) 496; — der Conjunctiva (Dandois) 356; — des Kinnes (Morelle) 23; (Bayet) 24; (Renault und Guénot) 496; — des Lides (Iványo) 227; — der Lippe 116; (Chajes) 61; (Bendix) 543; — der Mandel (M. Bloch) 462; — der

Nase (Stancanelli) 119; (Leikin) 364; — der Zunge (Duhot) 356.
Instrumente (Kneise) 501.
Intertrigo 39. 123. 376. 417.
Intussusception (Lett) 512.
Jodexanthem (Grünfeld) 446; (Shidachi) 271.
Jodipin (Lustwerk) 472.
Jodomenin (Friedmann) 505; (Busch und Gumpert) 506; (Cassel) 506.
Jodophile Substanz (Stümpke) 453.
Jodtherapie und Jodausscheidung (Fischel) 453
Jodwirkung (Winternitz) 504.
Jothion (Braitmaier) 401.
Jothion 505; (E. Richter) 505; — und Resorption des (Nagelschmidt) 505.
Ischias 123.
Ischurie 52.

Kahlheit s. Alopecia.
Kaltkauter (L. Meyer) 543.
Kankroid 224. 280.
Karbunkel 216. 218. 474
Karbunkelbehandlung (Anderson) 26.
Kastration (Bogart) 26.
Kasuistik (Heymann) 360; (Kneise) 501.
Katheter (Herring) 174; (Coutcher) 269; (Moore) 366.
Keloid 171. 212. 218. 406. 496; (Trawinski) 208; (Krzysztalowicz) 381. 410; (Apert und Brac) 407. 408.
Keloidakne s. Aknekeloid.
Keratohyalin (Bizzozero) 210.
Keratosis follicularis 171; (Jida) 120.
— palmaris 212. 470.
— parenchymatosa oosporica 415.
—, senile 470.
Kerion 221. 419. 495.
— Celsi s. Trichophytia capitis.
Keuchhusten 134. 137. 512.
Kinderheim (Rosenthal) 60.
Klinik Mantegazza (Ciuffo) 173. 498.
Kohlensäureschnee (Heidingsfeld und Ihle) 506.
Kolloidmetalle (Neuber) 471.
Komedonen s. Akne.
Kondyloma 163. 193. 279. 373. 413.
Kongreſs, XVI. Internationaler, Budapest 353.
— für Urologie 360.
Kosmetik (Brocq) 415; (Joachim) 421.
Krätze s. Scabies.
Kraurosis vulvae 546.
Krebs s. Carcinoma.
Kropf s. Struma.

Laktosurie (Berend) 231.
Leime 470.
Leishmania tropica s. Ulcus tropicum.
Lenigallolwirkung, Histologie der (Kopytowski) 206.
Lepra 91. 213. 223. 234; (Poirier) 23. 356. 357; (Ch. J. White und Richardson) 170; (Sand) 285; (Biehler) 322; (de Beurmann und Laroche) 323; (— — und Gougerot) 324; (Blaschko) 324; (Falcao) 324; (de Beurmann) 325; (Perrose) 560.
—, Pathologische Anatomie der (MacLeod) 331. 493.
—, Ätiologie der (Sticker) 287. 321.
—, Bacillus der 181. 287. 288. 312. 321. 323. 325. 327. 328. 331. 332. 334. 336. 475; (Arning und Lewandowsky) 412; (Macleod) 493.
— und Tuberkelbacillus (Sakaguchi) 120.
—, Präparate Unnas (Delbanco) 330.
—, Verbreitungsweise der (Ravogli) 322; (Ashmead) 562.
—, Infektion von (Jnouye) 120; (de Beurmann und Gougerot) 325.
—, Übertragung der (Sand) 320; (Ehlers) 321.
—, Ist sie hereditär? (v. Düring) 320.
—, Diagnostik der (Brocq) 324.
—, Reaktion auf 321; (Biehler) 329; (G. Meier) 329; (Babes) 331.
—, experimentelle (Sugai) 170.
— des Altertums und heutige Lepra (Prokhoroff) 332.
— und Geisteskrankheiten (Moreira) 323; (de Beurmann und Gougerot) 323; (de Beurmann und Laroche) 323. 324.
— und Syphilis (Slatineanu und Danielopolu) 139. 140; (Melle) 173.
— und Syringomyelie 181.
—, Geographie der (Ehlers und Verdier) 313.
— in Ägypten (Engel) 289.
— in Algier (Raynaud) 310.
— in Bosnien und Herzegowina (Kobler) 309; (Zechmeister) 323.
— in einigen britischen Kolonien 313.
— in Deutschland und Schutzgebieten (Kirchner) 308.
— in Finnland (Hagerlund) 320.
— in den französischen Kolonien (Jeanselme) 308.
— in Japan (Kitasato) 311.
— auf Island (Bjarnhjedinsson) 320.
— am Kongo (v. Campenhout) 310.
— auf Kuba (Ramón-Negra) 313.
— in Norwegen (Hansen) 318; (Holmboe) 335; — und in den Vereinigten Staaten (Ashmead) 26.
— auf den Philippinen (Heiser) 561.
— in Persien (Feistmantel) 561.
— in Ruſsland (v. Petersen) 309; — im Kreise Grobin (Prissmann) 562.
— in Sardinien (Ciuffo) 181.
— in Schweden (Sederholm) 319.

Lepra der Hornhaut (Wainstein und Karnitzki) 181.
— der Knochen (Hirschberg und Biehler) 169. 267; —, Gelenke und Nerven (Harbitz) 330.
— anästhetica (Arning) 330.
— tuberosa der oberen Luftwege (Bergengrün) 181.
Leprabehandlung (Heiser) 561.
— mit Antileprol (Nastin) (Engel) 290; (Deycke) 326. 475; (Kiwull) 327; (A. Thompson) 327; (Engel) 328
— mit Leprolin (de Beurmann) 328.
— mit Eukalyptus (Hollmann) 180.
— mit Radium (de Beurmann) 328.
— mit Sonnenlicht 123.
Lepraprophylaxe (Wise) 332; (Hübert) 332.
Leprakonferenz, zweite 307. 502; (Blaschko) 543.
Lepröse Leberschrumpfung (de Beurmann und Laroche) 323.
— Nephritis (Mitsuda) 120.
Leukämie 76. 77. 162. 165.
Leukämische Tumoren der Haut 284; (Arndt) 204.
Leukoderma 281.
— psoriaticum (Blumenfeld) 118.
— syphiliticum 118.
Leukokeratosis 91.
— der Genitalien (Dubreuilh) 361.
Leukoplakia 91. 344. 361. 422; (Reclus) 43; (Stancanelli) 233; (Pflanz) 492. 545.
— der Blase (Albarran) 175.
Levurinose (Kabisch) 506.
Lichen 30. 91. 116. 118. 138. 211. 213. 224. 232. 410. 445. 471. 538.
— acuminatus 276.
— albus 467; (Csillag) 467.
— atrophicus 467.
— annularis 276.
— chronicus Vidal s. Prurigo.
— lueticus s. Syphilitischer Lichen.
— marginatus 276.
— nitidus 163; (Königstein) 164; (Arndt) 408. 493.
— obtusus 276.
— pilaris 171. 387.
— planus 2. 325. 408. 424. 448. 470. 473. 493; (Müller) 163; (Lipschütz) 167. 168; (Darier) 276; (Dietz) 357; (Whitfield) 406; (Gaucher und Fouquet) 407; (Hallopeau und (Francois-Dainvill) 497.
— — der Schleimhaut (Saalfeld) 60; (Minot) 67.
— —, Histologie (Dalla Favera) 173; (Bendix) 543.
— — atrophicus 276; (Weidenfeld) 163; (Vignolo-Lutati) 276.
— — pemphigoides (Saalfeld) 61; (Rissom) 204.
Lichen planus verrucosus 61; (Saalfeld) 60; (Lipschütz) 162. 163.
— ruber s. Lichen planus.
— sclerosus (E. Hoffmann) 467.
— simplex s. Prurigo.
— scrophulosorum s. Follikulitis scrophulosorum.
— spinulosus 171.
— striatus 276.
— urticatus s. Urticaria.
— variegatus 232.
— zosteriformis 276.
Lichenifikation (Brocq) 355.
—, weifse (v. Greco) 92.
Lichtbehandlung s. Phototherapie.
Lidhauterkrankung und Demodexmilben (Herzog) 47.
Lingua nigra pilosa s. Haarzunge, schwarze.
— scrotalis (Rouvière) 457.
Linoval (Luda) 124; (Grünbaum) 506.
Lipoma 48.
Lippenaffektion, seltene (Löw) 118.
Livedo annularis (Bonnet) 508.
Lues s. Syphilis.
Luftdrucksalbentube s. Aërotuba.
Lupoid 164. 444; (Brocq und Pautrier) 355.
Lupus 27. 38. 91. 94. 124. 165. 213. 230. 252. 269. 357. 383. 394. 396. 418. 420. 421. 422. 423. 425. 427. 444. 445. 450. 470. 473. 496. 497.; (Iwanoff) 61; (Balban) 167; (Melle) 173; (Jessner) 274; (Scherber) 447.
— und Tuberkulinsalbe, Wirkung der (Ohkoshi) 120.
—, akneiformer 60.
— erythematodes s. Ulerythema centrifugum.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— miliaris disseminatus 60; (Oppenheim) 163. 169.
— mutilans (Smith) 182.
— pernio 254. 303. 444.
— tumidus (Winkler) 447.
— verrucosus 213. 447; (Ehrmann) 166.
— vorax 418.
Lupusbehandlung 209. 473; (Beurmann und Degrais) 182; (Jungmann) 209; (Lang) 354; (Brocq) 354; (Veiel) 355; (Winkler) 447.
—, Diskussion über 354.
Lymphadenitis 124; —, akute (Brickner) 419.
Lymphangiektasie 357.
Lymphangioma pseudoxanthomatosum (Gottheil) 218.
Lymphangiome, multiple cystische (Pinczower) 521.
Lymphodermia perniciosa (Arndt) 204.
Lymphogranuloma (Hecht) 547.
Lymphogranulomatosis 284.
Lymphom (Lespinne) 23; (Fasal) 445.

Lymphosarkomatosis (Rusch) 448.
Lysolvergiftung (Eiselt) 338.
Lyssa 163.

Maculae caeruleae (Ciuffo) 48; (Oppenheim) 118.
Madarosis s. Alopecia des Wimperbodens.
Madurafuſs s. Mycetoma.
Malaria 127. 230. 340. 343. 412. 518; (de Azua) 465.
— und Wassermann-Reaktion (Tschiknawerow) 421.
Malleus 414.
Malum perforans (Lop) 130; — pedis und Paraffininjektionen (Gütig) 516.
Mammillenanschwellung (Lipschütz) 450.
Masern s. Morbilli.
Massage (Bizard) 26; (Brocq) 415.
Masturbation 375.
Mastzellen 253. 295. 388. 443. 444. 498. 547.
—, exsudative (Klausner und Kreibich) 207.
Medizinal-Kalender 1910 (Wehmer) 550.
Melanodermie s. Pigmentierung.
Melanosis universalis progressiva s. Xeroderma pigmentosum.
Meningitis 415; (de Azua) 464.
Menstrualexanthem (Zieler) 467.
Mergal (Wiecherkiewicz) 472.
Mikrophotographie (Posner u. Scheffer) 88.
Mikroskopie (Posner und Scheffer) 88.
Mikrosporon Audouini (Minne) 23.
Miliaria 417. 435.
Milium 386.
— colloidale (Pouget) 172.
Milzbrand 277.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
Mongolenkinderfleck (Koós) 44; (Martinotti) 499.
Morbilli 125. 133. 134. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 509. 555. 560; (Biehler) 518. 555; (Medowikow) 555; (Busteed und Sadler) 555.
—, Bakteriologie der (Lorey) 555.
— und rotes Licht (Gouget) 556.
Morbus Addisonii 412; (Croom) 44; (Jacobsohn) 60; (Finkelstein) 280; (M'Kendrick) 281; (Capezzuoli) 281; (Debove) 281.
— Basedowii 32.
— Brightii (Lewin) 65.
— caeruleus (Theodor) 508.
— Hodgkin (Bloom) 270.
— Hodgson (Debove) 185.
— Jadassohnii 232.
— Morvan 268.
— Pringle s. Adenoma sebaceum.
— Raynaud 268. 429. 508; (Klotz) 116; (Poirier) 356; (Pfister) 510.
Morbus Recklinghausen s. Neurofibromatosis.
— Werlhofii (Kossak) 514.
Morvansche Krankheit s. Morbus Morvan.
Mycetoma 414.
Myelitis (Busteed und Sadler) 555.
Myiosis der Harnwege (Chevrel) 47.
Mykosis flexurarum (Ullmann) 449.
— fungoides s. Granuloma fungoides.
Myome 503; — der Harnwege (Paschkis) 174.
Myositis ossificans s. Verkalkung.
Myxödema 32. 126; (Hainiss) 46.

Nachruf Bergh (Lesser) 159.
— Besnier (Audry) 1; (Lesser) 60; (Thibierge) 171.
— Carrasquilla (Ashmead) 270.
— Crocker 284
Nackenkeloid 383.
Naevus 67. 114. 124. 171. 212. 337. 406. 470. 499. 510; (Fasal) 48; (Jacobsohn) 60; (Pinkus) 267; (Solger) 269; (Sachs) 446.
— anaemicus (W. Fischer) 118.
— angiomatosus papill. pilaris (Goworoff) 204.
— fibromatosus angiectaticus symmetricus faciei s. Adenoma sebaceum.
— lichenoides albus colli (Fabry) 207.
— lipomatodes 48.
— pigmentosus 48.
— pilosus 48.
—, sarkomatöse Entartung eines (Dubois-Havenith) 357.
— sebaceus (Lipschütz) 167.
— systematicus (Jida) 120.
— teleangiectodes 48.
— vascularis 422.
— verrucosus pigmentosus mit weiſsen Barthaaren (Schein) 365.
— — zoniformis unilateralis (Morelle) 23.
—, weicher 450; — Stellung der Haare in (Martinotti) 211.
— xanthelasmoides (O. Müller) 207.
Naevusbehandlung 218; (Ch. Miller) 26; (Curry) 48; (Wickham und Degrais) 355; (Heidingsfeld und Ihle) 506.
Nagel, eingewachsener (Keller) 128.
Narbenbehandlung (Heidingsfeld) 46.
Narbengewebe und Fibrolysin (Brandenburg) 45.
Narbenkeloid 385.
— und Röntgenstrahlen (Sequeira) 405.
Nebenhodenentzündung s. Epididymitis.
Nephritis 9. 25. 27. 49. 50. 75. 130. 133. 160. 269. 270. 283. 368. 370. 404. 417. 425. 426. 437. 446. 517. 549. 551; (Duhot) 81; (Dumitreanu) 81; (Tánago) 368; (Weiss-Eder) 370; (Eichhorst) 374; (Albarran) 458;

(Werssilowa) 463; (Barth) 500; (von Frisch) 500; (Cohn) 501; (Blooker) 507; (Oppenheimer und Reiss) 551; (Biehler) 555.
Nephritis impetiginosa (Duvernay) 368.
— gravidarum (Karaffa-Korbutt) 271.
Nephrolithiasis s. Nierensteine.
Neurodermatitis Brocq s. Ekzema.
Neurofibromatosis 212; (Minne) 23. 357; (Schramek) 450.
Neurom 503.
Neurosis 13.
Niere und Nierenbecken, Anatomie der (Papin und Albarran) 457.
—, Abscesse um die s. Abscefs, perinephritischer.
—, beide auf einer Seite (Albarran) 175; (Tanaka) 271.
—, doppelte (Dumitreanu) 81; (Calabrese) 176.
—, eine kranke und eine gesunde (Albarran) 458; (Albarran und Maugeais) 458.
—, eiternde s. Nephritis.
—, Muskelfasern der (Pettit) 457. 458.
—, polycystische s. Cystenniere.
—, Schufswunden der (Clement) 459.
—, wandernde (Gautier) 371; (Gaucher) 458.
Nierenanomalien (Papin) 362.
Nierenbeckengeschwülste (Paschkis) 359.
Nierenblutung (Pettit und Meyer) 458.
Nierendiagnostik und Nierentherapie (Berg) 80.
Nierenepithelzellen (Le Roy) 90.
Nierenerkrankung und Diabetes (Litthauer) 500.
Nierenkoliken (Picker) 501.
Nierenkrankheiten und Hautkrankheiten (Nohl) 417.
Nierenleiden, Schmerzpunkte bei (Pasteau) 458.
Nierennekrose (Weber) 80.
Nierenoperationen (Pollara) 271; (Pasteau) 458; (Ertzbischoff) 458; (Nicolich) 462.
Nierensteine 269; (Watson) 80; (Ertzbischoff) 458; (Papin) 458; (Pousson) 458; (Albarran) 458; (Nicolich) 462; (Zondok) 501; (Strauss) 501.
Nierentätigkeit, funktionelle Diagnostik der (Oppenheimer) 500; (Roth) 500.
Nierentransplantation (Papin) 458.
Nierentumoren 269; (Bloch) 500.
Nierenuntersuchungen (Unterberg) 359,
Nierenwassersucht s. Hydronephrosen.
Noma 25; (Ito) 120.
—, Ätiologie der (Pawlowsky) 39.

Obduktionen (Orth) 364.
Oedema (Blooker) 507.
Oedema, angioneurotisches 31. 32; (Kuhn) 126; (Don) 512.
—, chronisches (Foster) 213; (Adam) 507.
—, — trophisches (Josserand und Laurent) 125.
— dorsi penis (Wohl) 52.
— neonatorum 213.
Oleum cinereum s. Quecksilber.
Oligurie 370.
Onychogryphosis (Koehler) 46.
Onychomykosis (Gastou und Loiselet) 496.
Oosporosen (Roger) 414.
Opsonine 85. 86. 233. 554. 555; (Scherber) 33; (Ross und Johnsohn) 39; (Elsberg) 41; (Romme) 81; (Ritter) 92; (Hecht) 93; (Mantegazza) 93; (Ladd und Russ) 94; (Withmore) 94; (Wladimirow) 131; (Emeljanow) 131; (Dorofejew) 131; (Schamarin) 131; (Smirnow) 131; (Strjelkow) 131; (Selikin) 131; (Slatineanu und Danielopolu) 139. 140; (Persson) 232; (Detre) 233; (Mauté) 278; (Schneider) 360; (Dieulafoy) 378; (Loxton) 411; (Böhme) 420; (Wolfsohn) 424; (Mallanah) 474; (Tschiftiew) 554.
Orchitis 49. 50.
Orientbeule s. Ulcus tropicum.
Ovine (L. Voigt) 558.
Oxalurie (Zoepffel) 79.
Ozaena 494.

Pachydermie 249.
Pagets Krankheit 171. 280; (Diwawin) 41; (Rosenberg) 121. 235.
Panaritium 11.
Papillom (Danlos und Levy-Frankel) 408.
Para-Amidobenzoësäureäthylester (Pinner und Siegert) 375.
Parakeratose (Bizzozero) 210.
Parakeratosis psoriasiformis 232. 433. 436.
— variegata 167. 232.
Paralysis 426. 449.
Paralytikerkinder (Herrmann) 474.
Parapsoriasis 167. 355; (Kudriawsky) 206; —, Histologie der (Verrotti) 207; (Corlett) 212; (Veress) 231; (Morosoff) 266.
Paronychie mit Blasen (Sequeira) 406.
Pathologie, allgemeine (Steinhaus) 503.
Pediculosis s. Phthiriasis.
Peladoide herpide 221.
Pellagra 412; (Sofer) 126; (Babes, Vasilin und Gheorghus) 127; (Cole) 127; (Merk) 179; (Wolff) 270; (Williamson) 510; (Watson) 510; (Lavinder) 511; (N. P. Walker) 511; (Alsberg) 511; (Wood) 512; (Mollow) 512.

Pemphigus 9. 91. 138. 183. 200. 201. 208. 254. 417. 494; (Eitner und Schramek) 34; (Klotz) 217; (Werssilowa) 463.
—, akuter septischer (Grindon) 495.
— circinatus 495.
— congenitalis 517.
— hystericus (Stancanelli) 173.
— vegetans s. Erythema bullosum vegetans.
Perifollikulitis 411.
— acarica 47.
— conglobata 160.
Perniosis 349. 350. 352. 353. 429. 472. 510; (Scheuer) 128.
Pertussis 437.
Pest 290. 494.
Pfortaderthrombose (Curtis und Lawrence) 405.
Phagedänismus (Brocq und Simon) 418.
Phallus bei Mensch und Rind (Heller) 500.
Pharmakopoe (Pusey) 284.
Phimosis 342 362. 470. 546; (M'Kaig) 51; (Petrivalsky) 52.
Phlegmone 124.
Phlyktaenen 183.
Phosphaturie (Zoepffel) 79.
Phototherapie 42. 183. 209. 424. 430. 452. 473. 516; (Bremener) 27; (Hallopeau) 123; (Ruediger) 125; (Joachim) 282; (Piorkowski) 423; (P. Richter) 423; (Gouget) 556; — mit Quarzlampe 424; (Lüth) 123; (Jungmann) 209; (Dyck) 398; (Schattmann) 473.
Phthiriasis 26. 92. 118. 164; (Saidac) 93; (Gastou und Payenneville) 496.
— -Melanodermie 412.
Pian s. Framboesia.
Pigment (Diesing) 88; (Meirowsky) 88; (Solger) 269.
Pigmentcirrhose (Simmonds) 45.
Pigmenterzeugung bei Vitiligo (Stein) 452.
Pigmentierung 468; (Juliusberg) 159; — nach Arsacetylinjektionen (Winkler) 445.
— bei Gravidität 26.
— der Mundschleimhaut (Mollow) 412.
—, schwarzbraune (Jacobsohn) 60.
Pigmentschwund 92.
Pitral (Joseph) 453.
Pityriasis 117.
— des Kopfes 471.
— alba 113.
— flava 113.
— lamellosa 456.
— lichenoides 232; (Oppenheim) 166; — chronica (Blaschko) 543.
— nigra 113; — Parasit der (Ciuffo) 32.
— rosea 224. 325. 408. 424. 471; (Saalfeld) 61. 160; (Ullmann) 449. 450; (Kollecker) 545.
— rubra 165. 205. 275; (Nakajima) 120.
— — pilaris 2. 171. 355.
— versicolor 445. 471; — tropische 114; (Castellani) 113.
Plasmazellen 19. 35. 37. 38. 146. 198. 199. 203. 237. 242. 246. 252. 297. 394. 526. 547. 548.
Pocken s. Variola.
Pollakiurie 509.
Polyp 373. 459.
— der Blase (Pfister) 501.
Polyurie 49. 500.
Porokeratose 159; (Ito) 120.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Prostata (Feleki) 73; (Wolbast) 73.
Prostatahypertrophie 367; (Ohno) 120. (Porro) 176; (Goldschmidt) 176; (Bryan) 269; (Kitagawa) 271; (Freyer) 502; (Rothschild) 548.
— und Galvanokaustik (Goldschmidt) 70. 367.
Prostatasteine (Cholzoff) 65; (Ravasini) 175; (Pettit) 176.
Prostatatumoren (Hock) 501.
Prostatektomie 366. 548; (Duhot) 74; (Cahn) 74; (Kolischer) 74; (Porro) 176; (Papin) 176; (Freyer) 502.
Prostatitis 74. 366. 367; (Bryant) 74; (v. Wichert) 74; (Magni und de Favento) 174.
Prostatitisbehandlung (Porosz) 501.
Prostitution 84. 283. 409. 521; (Zinsser) 64; (Bierhoff) 175. 272; (Hammer) 175; (Csiki und Kugel) 208; (H. E. Schmidt) 222; (Näcke) 222; (v. Engelmann) 230; (Block) 409; (Rau) 409; (Hansteen) 499; (Bierhoff) 500.
Prurigo 2. 30. 89. 90. 117. 325. 408. 418. 433. 435. 437. 440. 449. 467. 471. 472. 478. 548; (Saidac) 93; (Lipschütz) 450.
Pruritus 26. 67. 218. 273. 416. 421. 422. 424. 435. 437. 470. 473; (Gaucher) 283; (Leopold) 338.
— ani et scroti 502.
— senilis 416. 472.
— vulvae 376. 471.
Pseudo-area (Montesano) 173.
Pseudoleukämia cutis (Arning und Hensel) 466.
Pseudomilien 168.
Pseudopelade s. Alopecia.
Pseudoschanker 224.
Pseudo-Tumor albus (Dandois) 356.
Pseudoxanthoma elasticum 218.
Psoriasis 26. 30. 91. 116. 117. 123. 138. 164. 167. 186. 211. 213. 224. 230. 266. 325. 355. 416. 433. 434. 437. 439. 441. 457. 464. 494. 533. 539. 541. 542. 545; (Thomson) 24; (Blumenfeld) 118; (Ohkoshi) 120; (Lipschütz) 162. 163; (Ehrmann) 165; (Volk) 167; (Piccardi) 173; (Verrotti) 207; (Corlett) 212; (Veress) 231; (Morosoff) 266; (Winkler) 443; (Duhring) 455; (Panella) 499; — usw. (Chevers) 31.
— arthropathica 2.

Psorospermosis follicularis vegetans s. Dariers Krankheit.
Puder-Aërotuba (Dreuw) 442.
Purpura 40. 91. 126. 324. 325. 472. (Merrill) 127.
— annularis teleangiectodes (Vignolo-Lutati) 172.
—, bullöse (Whigham) 404.
— fulminans (Kluger) 127; (Bertling) 513; (Landwehr) 513.
— haemorrhagica (Mills) 513; — Bakteriologie der (Martiri) 513; — fulminans (Landwehr) 513.
— Henoch (Parkinson) 404; (Lett) 512; (Don) 512.
— urticans s. Urticaria haemorrhagica.
Pustula maligna s. Anthrax.
Pyämie 415. 557.
Pyelitis (Feleki) 548.
Pyelographie (v. Lichtenberg) 500.
Pyodermie 408.
Pyodermitis 207. 433. 464; — vegetans s. Erythema bullosum vegetans.
Pyonephrosis s. Nephritis.
Pyorrhoea alveolaris 415.
Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz (Dreuw) 531.
Pyurie 49. 50.

Quecksilber (Ohkoshi) 121; (Gandolfo) 124.
Quecksilbereinspritzung (Lévy-Bing) 140; — Histologie nach (Pellier) 66.
Quecksilberelimination (Welander) 206.
Quecksilber-Influenza (Bizard und Lévy) 273.
Quecksilberintoxikation (Loygue) 183.
Quecksilbernachweis (Lombardo) 116.

Radiotherapie s. Röntgenstrahlen.
Radium 337. 355. 430; (Gaucher) 42; (Wickham) 171. 406; (Dominici) 355; (Wickham und Degrais) 355; (Chybczynski) 410. 411; (Tomkinson) 422; (Guyot) 453.
Radiumwirkung auf die Gewebe (Guyot) 420. 422.
Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.
Recklinghausensche Krankheit s. Neurofibromatosis.
Rhagaden 464.
Rheumatismus 123.
Rhinophyma 218.
Rhinoskleroma 91. 355; (Petersen) 206; (Goldzieher und Neuber) 277.
Rhinosklerombehandlung (Rydygier) 38.
Riesenzellen 35. 38. 49. 60 164. 169. 172. 198. 203. 237. 250. 252. 253. 254. 298. 304. 444. 445. 446. 449. 450. 451.
Rinderpest 290.
Ringworm s. Trichophytia.
Röntgenschädigung 42. 283; (H. E. Schmidt) 41; (Bogrow) 68; (Foster) 213; (Köhler) 473; (Rammstedt und Jacobsthal) 473.
Röntgenstrahlen 34. 36. 37. 52. 60. 68. 181. 188. 205. 206. 212. 215. 218. 222. 233. 266. 280. 337. 338. 355. 357; 358. 362. 364. 407. 421. 422. 424. 430. 445. 448. 463. 465. 469: 470. 491. 496. 500. 502. 516; (Bremener) 27; (Rydygier) 38; (Reines) 41; (Terzaghi) 43; (Donald) 48; (Ware) 116; (Lain) 125; (Ertzbischoff und Albarran) 175; (Schultz) 204; (Sabouraud) 221; (Veiel) 355; (Lenglet) 355; (Sequeira) 405; (Köhler) 473; (Albers-Schönberg) 473; (Dessauer) 474; (Strauss) 474. 501.
Röteln s. Rubeola.
Rosacea 26. 60. 168. 218. 468. 473. 502.
Roseola 183. 186. 224. 356.
Rotz s. Malleus.
Rubeola (Weill und Mouriquand) 36; (Preisich) 133; (Fedorow) 556.
Rupia 249.

Salbenanwendung (Carle) 504; — Technik der (Dudtschenko-Kolbassenko) 470.
Sanovagin (Pinner und Siegert) 375.
Sarkocele 448.
Sarkoid 445. 497; (Pollitzer) 117; (Darier) 355; (Danlos und Frankel) 407; (Nobl) 443. 444.
Sarkoide, multiple 284; (Breda) 173.
Sarkoma 42. 161. 275. 284. 445. 456; (Lozano) 73; (Veil) 74; (Tsutsui) 120; (Dubois-Havenith) 357; (Rusch) 448.
— hämorrhagicum multiplex 355; (Lesser) 204.
— idiopathicum (Mariani) 172.
Scabies 9. 207. 234. 269. 424. 471; (D. W. Montgomery) 34; (Tschumakow) 26; (Saidac) 93.
Scarlatina 31. 78. 92. 125. 219. 333. 433. 434. 435. 437. 438. 509. 513. 517. 556. 560; (Potpeschnigg) 117; (Kredel) 131; (Wladimirow) 131; (Emeljanow) 131; (Dorofejew) 131; (Schamarin) 131; (Smirnow) 131; (Strjelkow) 131; (Selikin) 131; (Zangger) 132; (Fürth) 132; (Romeo) 132; (Babonneux und Brelet) 132; (Lesieur und Baur) 132; (Gouchet und Dechaux) 133; (Weiss-Eder) 370; (Biehler) 518; (Bachmann) 518; (Preisich) 519; (Darling) 550; (Grüner und Schick) 551; (Oppenheimer und Reiss) 551; (Pagliai)

551; (Proskauer) 552; (Meyer) 552; (Gouget) 553; (Weill und Mouriquaud) 553; (Montenbruck) 553; (Lawrey) 553.
Scarlatina und Wassermann-Reaktion (Fuà und Koch) 132; (Hecht, Lateiner und Wilenko) 132; (Tschiknawerow) 421; (Sommerfeld) 551; (Holzmann) 552.
— -Ätiologie (Livierato) 519; (Schleipner) 520.
— -Reaktion (Schleissner) 519; (Kaplan) 520.
— Bakteriologie der (Bjelilowski) 554.
— -Infektionen (Preisich) 520. 550.
— -Schutzimpfung (Tschiftiew) 554.
— oder Influenza (Dunlop) 551.
Scarlatinabehandlung 555; (Bendix) 554; (Blacher) 555.
— mit Opsoninen (Tschiftiew) 554.
— mit Serum 555; (Bjelilowski) 554; (Preisich) 554; (Ritter) 555; (Blacher) 555.
Schälwirkung (Dreuw) 531.
Schafblattern 433.
Schanker, harter, s. Initialsklerose.
— redux 224.
— weicher, s. Ulcus molle.
Scharlach s. Scarlatina.
Schaumzellen 160.
Schönheitspflege (Orlowski) 274.
Schutzimpfung s. Vaccination.
Schwefelwirkung (Diesing) 170.
Schweifssekretion (F. Winkler) 88.
Seborrhoea 4. 26. 167. 231. 283. 387. 468. 547.
— psoriasiformis (Thomson) 24.
Seborrhoebehandlung (Joachim) 32.
Sepsis 11. 12. 472. 495. 556.
Septikämie 85; (Hutinel und Rivet) 92; (Dieulafoy) 378.
Sexualbetätigung, perverse (Aronsohn) 72.
Sexualempfindung, konträre (Sadger) 366.
Sexualleben der Alkoholiker (Birnbaum) 222.
Sexualwissenschaft, Darwins Bedeutung für die (Jordan) 222.
Sexuelle Abstinenz (H. E. Schmidt) 222; (Näcke) 222.
— Aufklärung (Friedjung) 415.
— Funktionen (Papin) 176.
— Neurasthenie (Michailow) 72.
— Träume (Loewenfeld) 222.
Siderosis 60.
Simulation (Lebedew) 128; (Apert und Brac) 407. 408.
Sklerema neonatorum (Myers) 218.
Sklerodaktylia 268; (Meschtscherski) 174.
Sklerodermia 32. 124. 355; (Covisa) 46; (Fasal) 162; (Müller) 165; (Halle) 204; (Solowieff) 205; (Rouvière) 221; (Little) 404; (Brocq und Fernet) 498.
Sklerom, universelles (Meschtscherski) 174.
Sklerosis multiplex (Szécsi) 379.
Skrophuloderma 26. 114. 252. 274. 383. 396; (Friedländer) 160; (Nobl) 443.
Skrophulosis 61. 249. 305. 327; (Lespinne) 23; (Gaucher) 115; (Romme) 182.
Sommereruption s. Hydroa vacciniforme.
Sonden (Nogués) 175.
Sperma (Posner) 88; (K. v. Hofmann) 271.
Spermatorrhoe 270.
Spermatorrhoebehandlung (Williams) 65.
Spritze Barthélemy, Modifikation der (Queyrat) 497.
Spirochaeta 26. 27. 29. 40. 61. 67. 113. 115. 130. 184. 185. 187. 225. 227. 230. 233. 266. 339. 365. 367. 461. 462. 498; (Stone) 89; (Yamamoto) 89; (Ciuffo) 89; (v. Greco) 89; (E. Hoffmann) 114; (Buschke) 114; (O. T. Schultz) 114; (Hallopeau und Gaston) 114; (Dreyer) 114; (Ehrmann) 115; (Wile) 219; (Ménau) 222; (Krzysztalowicz und Siedlecki) 227; (Chirivino) 227; (Sabolotny) 266; (Selenew) 364; (Chitrowo) 413; (Barannikoff) 413; (McDonagh) 454; (Hertmanni) 492; (Pasini) 499; (E. Hoffmann) 543.
— nach Burri (Halberstaedter) 162; (Hecht und Wilenko) 412.
—, Züchtung der 413; (Arnheim) 269; (Hoffmann) 353; (Schereschewsky) 413. 414; (Mühlens) 414.
Sporotrichosis (Gougerot) 277; (de Beurmann, Vauckes für) 355; (Balzer und Sevestre) 498; (Arndt) 543; (Stein) 546.
Staphylokokkenhämolysine und -Agglutinine (Mantegazza) 93.
Sterilität (Emödi) 72.
Stomatitis aphthosa 25.
— mercurialis 63.
— ulcerosa (Grenet) 40.
— — fuso-spirilläre Symbiose bei (Mantegazza) 40.
Streptokokkenkrankheiten (Ritter) 92.
Strophulus 424; (Ruediger) 125.
Struma 41. 46. 503.
Superoxyde (Dumstrey) 124.
Suspensorium (Schindler) 424.
Sykosis 221; (Wright) 232.
— und Opsonine (Detre) 233.
— und Röntgenbehandlung (Bormann) 266.
Symbiose, fuso-spirilläre (Mantegazza) 40.
Symblepharon (Scherber) 447.
Syphilid 352. 444; (Terazawa) 121; (Finger) 162; (Lipschütz) 162. 163.
—, akneförmiges (Brocq) 186.

Syphilid, annuläres 509.
— psoriasiformes (Brocq) 186.
Syphilid, schankerförmiges (Lenglet und Sourdeau) 498.
Syphilis 13. 32. 38. 86. 91. 92. 112. 113. 114. 118. 138. 142. 160. 166. 167. 168. 171. 172. 212. 216. 223. 224. 232. 233. 234. 249. 267. 269. 294. 301. 302. 332. 337. 338. 356. 361. 365. 395. 405. 413. 418. 446. 448. 449. 492. 494. 499. 521. 543. 544. 545; (Laitat) 23; (Minne) 23; (Thomson) 24; (Batut) 67; (Sato) 120; (Philippson) 173; (Johannidès) 179; (Dieulafoy) 183; (Jeanselme) 183; (Brocq) 186; (Malinowski) 225; (Ayala) 228; (Beates) 270; (Milian und Neveux) 274; (Jordan) 339; (Dandois) 356; (Gaucher und Druelle) 407; (Cron) 452; (Stancanelli) 461; (Hudelo und Emery) 461; (Hallopeau) 462) (Troisfontaines) 462; (M. Bloch; 462; (Priklonski) 463; (Darier) 497; (Bendix) 543.
—, Bekämpfung der (v. Engelmann 230.
—, Zukunft der (Finger) 222.
—, Chemie des Blutes bei (Winternitz) 355.
—, Mikrobiologie der (Meneau) 67.
—, Mikroskopie des Blutes bei (Kanitz) 355.
—, Übertragung der durch Massage (Taylor) 115.
—, Erreger der 117. 365.
— — s. auch Spirochaeta.
—, experimentelle (Tomasczewski) 60; (Mulzer) 61; (v. Niessen) 115; (Levy-Bing und Laffont) 119; (Mezincescu) 186; (Krzysztalowicz und Siedlecki) 227.
—, Immunisierung gegen 114; (Queyrat und Pinard) 497.
—, Reinfektion (Swinburne) 116; (John) 223; (Veress) 227; (Lenglet) und (Sourdeau) 498; — und Autoinfektion (Hutchinson jr.) 406.
— insontium (Swinburne) 116.
—, Diagnose (Fraenkel) 27.
Syphilisreaktion 26. 28. 60. 61. 187. 190. 225. 226. 227. 228. 230. 233. 266. 337. 372. 405. 448. 456. 461. 462. 466. 498. 543. 544; (Hoehne) 24; (Fraenkel) 27; (Borodenko) 68; (Terazawa) 120; (Bruck) 121; (Wojciechowski) 121; (Wechselmann) 183; (Silbersiepe) 186; (Tschernogubow) 188; (McMurtry) 188; (Isabolinski) 189; (Korschun und Merkurjew) 189; (Castelli) 189; (Maslakowetz und Liebermann) 190; (Swift) 219; (Hancken) 228; (Boas) 228; (L. Meyer) 229; (Török und Vass) 229; (Cappelli und Gavazzeni) 230; (Gussmann und Neuber) 230; (H. Fox) 337; (Jordan) 339; (Brezovsky) 354; (Basch) 354; (Bruhns) 354; (Marschalkó) 354; (Nobl) 354; (Bayet) 358; (Fleming) 406; (Tschiknawerow) 421; (Joltrain) 461; (Sormani) 547.
Syphilisreaktion bei Keratitis parenchymatosa und beim Infantilismus (Pisani) 229.
— bei Lepra 321; (Biehler) 329; (G. Meier) 329.
— bei Malaria (Tschiknawerow) 421.
— bei Scarlatina (Fuá und Koch) 132; (Hecht, Lateiner und Wilenko) 132; (Tschiknawerow) 421.
— bei Variola (Dahm) 558.
— durch Farben (Schürmann) 190; (Schmincke und Stoeber) 225; (Meirowsky) 225; (Galambos) 225; (Posgay und Nemeth) 230.
Syphilis und Carcinoma (Papiantz) 41; (Massei) 461.
— und Cutis marmorata (Ehrmann) 115.
— und Epilepsie (Woltär) 28.
— und Hodgsonsche Krankheit (Debove) 185.
— und Ikterus (Gaucher und Giroux) 273.
— und Lepra (Slatineanu und Danielopolu) 139. 140; (Melle) 173.
— und Psoriasis 167; (Lipschütz) 163.
— und Raynaudsche Krankheit (Klotz) 116.
— und Selbstmord (Moskalew) 174.
— und Sporotrichosis (Stein) 546.
— und Tabes (Keller) 228; (Duhot) 357.
— und Tätowierung (Dohi) 117.
— und Tuberkulose (Derscheid) 28; (Müller) 227; (Dandois) 356; (Danlos und Frankel) 407; (de Oyarzábal) 465; (Stein) 546.
— und Zoster (Steinmeyer) 129; (Druelle und Joltrain) 179.
— oder Quecksilberintoxikation (Loygue) 183.
— in Tunis (Broc) 273.
— des Auges 472; (Silbersiepe) 186; (Antonelli) 548.
— des Darmes (Luna) 28.
— des Gesichts, der Nase und des Pharynx (Duhot) 356.
— der Knochen (Ware) 116; (Gellat) 266; (Boikow) 364; (Addison) 404; (Winfield) 456.
— der Leber (W. Fischer) 29; (Miekley) 204.
— der Lippe (Duhot) 356; (Whitfield) 405.
— der Lunge (Derscheid) 28; (Sugai) 28; (Duque) 465.
— des Magens (Curtis) 28.

Syphilis der Nase (Gellat) 266; — und des Rachens (Miller) 270.
— des Nervensystems 472; (Köster) 28; (Babonneix und Voisin) 185; (Engelen) 187; (Oettinger und Hamel) 187; (Roubinovitch und Levaditi) 187; (Renault) 496; (Courtney) 502.
— des Ohres (Stümpke) 63.
— der peripheren Arterien (Bonnet und Courjon) 185.
— corymbosa (Oppenheim) 163.
— hereditaria 28. 224. 418. 465. 499. 547; (Schiperskaja) 27; (Rosenthal) 60. 61; (Dreyer) 60; (Gaucher) 115; (Taylor) 115; (Gaucher und Levy-Bing) 115; (Jeanselme) 183; (Fieux und Mauriac) 184; (Ljaschenko) 185; (Ferreira) 185; (Ribadeau-Dumas und Pater) 185; (Klotz) 217; (Bab) 226; (Winfield) 456; (Pasini) 499; (Lévy-Franckel) 548; — tarda (Babonneix und Voisin) 185; (de Oyarzabal) 465.
— maligna (Müller) 165; (Miekley) 204; (Brocq) 226.
—, postkonzeptionelle (Wechselmann) 183; (Fieux und Mauriac) 184.
—, viscerale, bei Kindern (Goworoff) 62.
—, Hypertrophische Narben nach (Renault) 496.
Syphilisrezidive (Guszmann) 355.
Syphilisbehandlung 226; (Köster) 28; (Schmey) 30; (Pöhlmann) 30; (Rühl) 30; (Gaucher) 178; (Milian) 226; (Boas) 228; (Maramaldi) 231; (Diatchkoff) 266; (Emery und Chatin) 275; (Turzanski) 410.
— mit Arylarsinaten (Lambkin) 29; (Bartholemew) 30.
— mit Atoxyl (Lesser) 159; (Nencioni) 173; (Basail) 464; (Schlecht) 504.
— mit Jodipin 472; (Lustwerk) 472.
— mit Jodomenin (Friedmann) 505; (Busch und Gumpert) 506; (Cassel) 506.
— mit Jodpräparaten (Winternitz) 504.
— mit Jothion 505; (Braitmaier) 401; (Richter) 505; (Nagelschmidt) 505.
— mit Kollargol (Brocq) 226.
— mit Laktojod (Stanjeck) 124.
— mit Mergal (Wiecherkiewicz) 472.
— mit Mergandol (Schlasberg) 492.
— mit Quecksilber (Boss) 29; (Nobl) 29; (Rohde) 63; (Pellier) 66; (Lesser) 159; (Schulte) 226; (Citron) 230; (Kanitz und Veress) 355; — und Bädern (Ledermann) 29; (Schlasberg) 492.
— mit Sonnenlicht 123.
Syphilisprophylaxe 263.
— mit Heilquellen (Dardel) 116.
Syphilitische Epilepsie (Guénot) 188; (— und Renault) 496.
Syphilitische Lymphangitis (Whitfield) 405.
— Nephritis (H. Winkler) 24.
— Paralyse 166. 273. 449. 547; (Bayet) 24; (Bertrand) 357.
— Phlebitis (Dieulafoy) 183.
— Spondylitis (Balàs und Brezovszky) 228.
Syphilitischer Lichen (Scherber) 447.
Syphilitisches Erythem (Renault) 496.
— Fieber (Poirier) 23.
— Geschwür 470; (Renault) 496.
— Leukoderma (Vörner) 452.
Syphiloides post-érosives (Juliusberg) 547.
Syringadenom (de Azua) 465.
Syringocystadenom s. Syringadenom.
Syringomyelie 268. 274.

Tabes 268. 273. 344. 472. 547; (Siding) 130. (Ullmann) 166; (Babinski) 188; (Keller) 228; (Sanglier) 274. 462; (Duhot) 357.
Taboparalyse (Rosenthal) 61.
Tätowierung 499; (Dohi) 117; (Heidingsfeld und Ihle) 506.
—, Beseitigung der 124; (Heidingsfeld) 46; (Dubreuilh) 171.
Talalgie 464. 465.
Teerbäder (Taege) 504.
Teleangiektasie 168. 169. 233. 416. 447. 466. 499. 509; (Hanes) 65.
— der Blase (Bachrach) 271.
—, hereditäre hämorrhagische (Romme) 513.
Textilfasern in der Cutis (Brandeis) 172.
Thiopinol-Matzka (Bäumer) 506.
Tholassotherapie (Löw) 472.
Tinea albiginea 234.
— imbricata 114. 234; (Castellani) 114.
— intersecta (Castellani) 114.
— tonsurans s. Trichophytia.
Trachom (Herzog) 47.
Trichophytia 34. 38. 112. 352. 419. 470. 509; (Sutton) 34; (Dalla Favera) 220; (Macleod) 405; (Sequeira) 405; (Sabouraud) 457; (Gastou und Loiselet) 496.
— capitis 221. 419.
Trichophytieartige Affektion (Gastou und Payenneville) 495.
Trichophytiebehandlung mit Röntgenstrahlen (Sabouraud) 221.
Trichophyton 114; (Sabouraud) 66. (Colc. Fox) 454.
Tripper s. Blennorrhoea.
Tropendysenterie 472.
Tropenkrankheiten (Rixey) 112; (Crocker) 112; (Dubreuilh) 112; (Stiles) 112; (Stitt) 112.
Trophoneurosen s. Hautkrankheiten, trophische.

Trypanosomiasis 112. 127. 340.
Tuberkelbacillus 28. 50. 64. 65. 138. 163. 182. 250. 251. 253. 254. 256. 281. 296. 298. 303. 328. 331. 359. 360. 383. 412. 414. 426. 433. 446. 462. 465. 476. 499; (Richter) 501.
— und Leprabacillus (Sakaguchi) 120.
Tuberkulid 94 165. 169. 211. 251. 301. 337. 350. 472. 493; (Kudriawsky) 206; (Jessner) 274.
—, disseminiertes akneiformes (Nobl) 162.
—, noduläres (Blaschko) 60.
—, papulo-nekrotisches 186; (Gaucher, Louste und Christin) 497.
—, papulo-squamöses 207.
Tuberkulide und Tuberkulose (Ravogli) 213.
Tuberkulin 28. 38. 60. 138. 164. 165. 169. 182. 207. 328. 414; (Thibierge und Gastinel) 67; (Ohkoshi) 120; (Ullmann) 166; (Brezovsky) 283; (Lespinne) 357; (Asch) 359; (Pielicke) 500; — elektrolytisch (Winkler) 165. 447.
Tuberkulinreaktion 207. 212. 254. 256. 260. 269. 329. 337. 444. 446. 450. 456. 466; (Orsenigo) 182; (Kingsbury) 213; (Leszczynski und Mahl) 409; (Low) 419; (v. Leszczynski) 452; (Beurmann und Laroche) 496.
Tuberkulöse Apicitis 168.
— Cystitis (Inouye) 120
— Drüsenentzündungen (Batut) 222.
— Harnröhrenstrikturen (Asch) 360.
— Hautulcerationen (Ehrmann) 165.
— Meningitis (Leiner) 449.
Tuberkulosis 13. 38. 61. 65. 80. 117. 138. 160. 164. 165. 168. 169. 171. 211. 249. 251. 267. 272. 280. 284. 295. 299. 301. 302. 303. 320. 323. 327. 328. 331. 350. 354. 355. 383. 395. 396. 405. 418. 419. 420. 425 426. 430. 433. 444. 447. 449. 450 456. 457. 466. 493. 499. 508. 549; (Lespinne) 23.
—, experimentelle (Asch) 359.
— und Erythema nodosum (Chauffard und Troisier) 182.
— u. Syphilis (Derscheid) 28; (Müller) 227; (Dandois) 356; (Danlos und Frankel) 407; (de Oyarzábal) 465; (Stein) 546.
— und Tuberkulide (Ravogli) 213.
— und Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus) 207.
— der Blase 51.
— der Genitalorgane 50; (Cholzoff) 119.
— der Harnwege (Naegeli-Akerblom und Vernier) 50.
— der Haut 270; (Kraus) 182; (Schalek) 270; (Jessner) 274; (Nobl) 443.
— des Hodens 223; (Farcas) 73.
— — und der Samenblasen (Choltzoff) 360.
Tuberkulosis der Niere 80; (Leedham-Green) 65. 500; (Rey) 65; (Saint Jacques) 65; (Goldberg) 359; (Rochet) 362; (Albarran) 458; (Ekehorn) 462; (Hottinger) 500; (Pielicke) 500.
— des Urogenitalapparates (Rovsing) 64.
— der Zunge (Danlos und Levy-Frankel) 408.
— verrucosa 68. 114. 218. 274. 446; (Hamano) 120; (Lipschütz) 446. 447; (Ullmann) 449. 450; (Darier) 497.
Tuberkulosisbehandlung mit Serum (Wein) 470.
— mit Sonnenlicht (Hallopeau) 123.
Tumoren, maligne s. Carcinoma.
Typhus exanthematicus (Sadger) 139; (Madinaveitia) 139; (Krompecher, Goldzieher und Angyán) 518; (Olivares) 519.

Uhedu (P. Richter) 234.
Ulcerierende serpiginöse Dermatose (Brocq, Pautrier und Fernet) 498.
Ulcus 42. 138 270; (Aug. Mayer) 25; (Nakano) 120.
— aphthosum 25. 447.
—, cruris 470. 472; — Behandlung des 123 124; (Mittler) 45; (Frank) 282; (P. Richter) 423.
— diphtheriticum 25.
— durum s. Initialsklerose.
— molle 51. 220. 263. 264. 418. 465. 470; (Tschumakow) 174; (Dieulafoy) 183; (Ravaut und Bord) 279.
— —, Behandlung des 474; (Pollak) 41; — mit Europhen (Lewitt) 123; — mit heißen Spülungen (Ruete) 278; — mit Jodkalium (Renault) 278.
— rodens 25. 171. 269. 280. 337.
— serpiginosum (de Azua) 465.
— syphiliticum s. syphilitisches Geschwür.
— tropicum (Allan) 35; (Stitt) 112; (Shattuck) 113; (Crocker) 405.
— —, Histologie und Erreger des (Reinhardt) 34; (de Vecchi) 35.
— — s. auch Granuloma tropicum.
— varicosum 123. 294. 469. 474; (Murphy) 45; (Rotter) 270; (Delloye) 282.
— venereum 51; —, serpiginöses s. Ulcus serpiginosum.
Ulerythema centrifugum 91. 114. 118. 124. 213. 253. 303. 325. 337. 355. 406. 410. 466. 470. 473. 496; (Saalfeld) 61; (Mine) 120; (Kren) 168; (Jessner) 274; (Jadassohn) 354; (Malc. Morris) 354; (Ullmann) 354; (Nobl) 443; (Ehrmann) 450; (Heidingsfeld und Ihle) 506.
— und Tuberkulose (Polland) 207; (Brezovsky) 283.
—, Behandlung des 212. 218; (Poirier) 23; (Malc. Morris) 425.

Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.
Urämie 27. 130. 283. 368.
Ureter beim Fötus und Neugeborenen (Gérard) 175.
—, doppelter (Rey) 65; (Robinson) 270; (Cohn) 501.
—, kurzer (Ayres) 25.
Ureteranomalien (Papin) 362.
Ureterbehandlung (Kroenus) 501.
Ureter-Blasen-Neostomie (Boari) 362.
Ureterchirurgie (Esau) 175; (Latzko) 500.
Uretercyste (Wulff) 358.
Ureteren und Nierenbecken (Ertzbischof und Albarran) 175.
— — und Niere, Entzündung der (Tanago) 368.
Ureterenblasenmündung (Robinson) 502.
Ureterkatheterismus (Eisner) 81; (Tanaka) 271.
Ureterpalpation (Taddei) 178.
Uretersteine (Pappa) 175.
Ureterstriktur 82. 501; (Duhot) 81.
Urethra, Bilder der (Goldschmidt) 500; (Kropeit) 500.
—, Endoskopie der (Rothschild) 501.
—, Epispadie der (Jerusalem) 52.
—, Hutnadel in der (Hazzard) 367.
—, Tuchnadel in der (B. C. Hyde) 70.
—, Wachskerze in der (Weisz) 367.
Urethralbehandlung (Pedersen) 366; — mit heifsen Sonden (Porosz) 360; — mit Massage (Sellei) 358.
Urethralblutungen (Seifert) 209.
Urethraldivertikel (Eitner) 69; (Sato) 120.
Urethralruptur (Cifuentes) 52; (Bircher) 69.
Urèthralstein (Kilbane) 70.
Urethralstriktur 501. 548. 549; (Stout) 65; (J. Cohn) 69; (Bircher) 69; (Genouville) 177; (Asch) 360; (Curtis und Lawrence) 405; (Englisch) 548.
— und Elektrolyse (Petit) 177.
— und Fibrolysin (Trautwein) 119; (Define) 124.
Urethraltumoren (Loumeau) 459; (Lohnstein) 501.
Urethritis, 459; (Lohntein) 360.
Urethroskopie (Dreyer) 65; (Aja) 376.
Urethroskopkürette (Lohnstein) 501.
Urethrotomie (Posner) 367; (Cimino) 549.
Urin s. Harn.
Urobilin (Tefik und Ibrahim) 359.
Urogenitalapparat, Anatomie des (Geissler und Glaserfeld) 503.
—, Pathologie des (Kurewski und Markuse) 503.
Urogenitalkomplikationen des Typhus (Beardley) 49.
Urogenitalkrankheiten, Jahresbericht über (Kollmann und Jacoby) 502.
—, Schmerzen bei (Stockes) 502.
—, nichtchirurgische (Richter und Meyer) 503.
Urogenitalkrankheiten der Haustiere (Eberlein und Silbersiepe) 503.
Urologie, Kongrefs für 360.
— und Gynäkologie (Stöckel und Wertheim) 360.
Urologische Erfahrungssätze (Armstrong) 269.
Urticaria 32. 77. 89. 90. 91. 117. 433. 438. 439. 440. 441. 444. 448. 471. 472; (Ruediger) 125; (Bacon und Williams) 125; (Bruck) 207; (Hallopeau und François-Dainvill) 497; (Wolters) 507.
— chronica 166.
— factitia 166. 207. 444; — Histopathologie der (Gilchrist) 117.
— haemorrhagica (Leopold) 513.
— papulosa 61. 168. 435. 436. 438. 440. 441; (Mucha) 467; — vesiculosa 436. 439. 441.
— pigmentosa 444; (Ercoli) 173; (Bunch) 404; (Little) 405; (Pelagatti) 498;
— xanthelasmoidea (Ullmann) 166; (Nobl) 443.
—, psychische (Kreibich und Sobotka) 452.
Uta (Ashmead) 269.

Vaccination 433. 434. 438. 439. 440. 441; (Schamberg) 133; (Abbot) 136; (Carson) 136; (Bermbach) 137; (Welch) 137; (Ebstein) 559; (Deichert) 559; (Böing) 559; (Guillermin und Cramer) 560.
Vaccine 438; (Terni) 134; (Volpino) 138; (L. F. Meyer) 139; (Smallpiece) 557; (Meder) 558; (Voigt) 558; (Friedberger und Yamamoto) 560; (Progliese und Debenedetti) 560.
Vagantenkrankheit s. Phthiriasis-Melanodermie.
Varicella 162. 433. 436. 560; (Rolleston) 133; (Bosse) 556; (Bertarelli) 556; (Bókay) 557; (Jacod) 557; —, Impfung bei (Smallpiece) 557.
Varicen 123. 209. 261. 284. 294. 405. 508; (Murphy) 45; (Rotter) 270; (Delloye) 282.
Varicenbehandlung, physikalische 469.
Variola 125. 163. 211. 234. 290. 333. 433. 502. 557. 559. 560; (Schamberg) 133; (Terni) 134; (Thomson und Brownlee) 135; (Biehler) 518; (Meder) 558; (Voigt) 558; (Keysselitz und Mayer) 559.
— verrucosa (Nobl) 135.
— und Wassermann-Reaktion (Sugai) 135; (Dahm) 558.
Venenerweiterung (Bendix) 543.
Venerische Drüsenentzündungen (Batut) 222.

Venerische Infektion, dreifache (Dieulafoy) 183.
— Krankheit, vierte 234; (Corbus und Harris) 367.
— Krankheiten und Stauungshyperämie (Mantegazza) 94; (Castelo) 464.
— —, Prophylaxe (Bonnette) 415.
Venerisches Geschwür s. Ulcus venereum.
Verbrennung 270. 472; (Knott) 140; (Gaucher und Fouquet) 407; (Lejeune) 514; — durch Suggestion 514.
Verbrühung (Leers und Raysky) 514.
Verfettung 468.
Vergiftung 472.
Verhornung (Unna) 355.
Verkalkung 450; (Peteri und Singer) 47.
Verruca 4. 193. 212. 218. 470; (Bowen) 116; (Orimo) 120; (Sutton) 215.
— necrogenica s. Tuberkulosis verrucosa.
Verruga peruviana s. Ulcus tropicum.
Vesicurin (Regenspurger) 51.
Vierte Krankheit (Romeo) 556.
Vilja-Creme (Hellmuth) 472.
Vitiligo 453. 473.
—, Pigmenterzeugung bei (Stein) 452.
Vitiligobehandlung (Heidingsfeld) 46; (Jacobsohn) 60.
Vorlesungen (Albarran) 175. 457.

Warze s. Verruca.
Wassermann-Reaktion s. Syphilisreaktion.
Wundbehandlung 124. 472; (P. Richter) 423.
Wunde, Schutz der (König) 415.
Wickenkrankheit 448.
Windpocken s. Varicella.

Xanthoma (Posner) 44; (L. Pick und Pinkus) 160; (Mac Farlane Winfield) 214.
— palpebrarum (Fasal) 449.
— tuberosum 355.
Xeroderma pigmentosum (Kren) 168; (Scherber) 447; (Rouvière) 457.
X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.

Yaws s. Framboesia.

Zoster 91; (Minot) 67; (Steinmeyer) 129; (Siding) 130; (Pautrier und Simon) 515; (Krumbholz) 515; (Turner) 516; (Bókay) 557.
— arsenicalis s. Arsenikexanthem.
—, atypischer (Minne) 357.
— gangraenosus 162.
— generalisatus (Lipschütz) 162.
Zosterbehandlung 516.
Zunge, schwarze (Gastou und Loiselet) 496.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abbott, Alexander C., Die Rolle des Sanitätsbureaus bei der öffentlichen Impfung 136.
— 136.
Achard 97. 507.
Adam, J., Chronisches Ödem des Gesichts und der Schleimhäute 507.
Adamson, H. G., Kulturen von Bodins Achorion Quinckeanum von einem Fall von Mäusefavus auf der unbehaarten Menschenhaut 404.
— Photogramm einer mit Favus behafteten Maus 405.
— Herpes febrilis an den Fingern 494.
Addison 44. 60. 281. 412.
—, O. L., Syphilitische Osteoperiostitis 404.
Adler, Tuberöses Bromexanthem 61.
Aja, Sainz de, Paraurethraler Abscefs im Verlaufe der Blennorrhoe: Diagnostischer Wert des Urethroskops von Luys und dessen therapeutische Indikationen 376.
Aichel, Otto, Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste 225.
Akerblom s. Naegeli-Akerblom.
Albarran, Vorlesungen 175. 457.
— Intra vitam diagnostizierter Fall von Lagerung beider Nieren auf einer Seite 175.
— Leukoplakie der Blase 175.
— Einflufs einer kranken Niere auf die Niere der anderen Seite 458.
— Kompensatorische Hypertrophie einer Niere bei Erkrankung der anderen Niere 458.
— Einflufs der Tuberkulose einer Niere auf die Niere der anderen Seite 458.
— Anurie 458.
— Hydronephrosen 458.
— Nierentuberkulose 458.
Albarran, Behandlung der Pyonephrosen 458.
— Hämaturien bei Nierensteinen 458.
— Pyelotomie 458.
— Steinbildung in beiden Nieren 458.
— Perinephritische Abscesse intestinalen Ursprungs 458.
— 178. 370. 371.
— und **Ertzbischof**, Die Radiographie der Ureteren und der Nierenbecken 175.
— und **Nogués**, Vesikale Retentionen, die nicht durch ein mechanisches Hindernis bedingt und nicht von Affektionen des Nervensystems abhängig sind 175.
— — und **Pasteau**, Behandlung der Prostataabscesse 175. 176.
— und **Pápin**, Über die Anatomie des Nierenbeckens und über gewisse Punkte der Anatomie der Niere 457.
Albers-Schönberg, Sekundentherapie (Therapie mit abgekürzter Expositionszeit) 473.
Albert 73.
Alexander 253. 255. 306.
Alibert 382. 384. 396.
Allan, James W., Eine kurze Skizze über „Verruga peruana" 35.
Allgeyer 315.
Alsberg, Carl L., Die landwirtschaftliche Seite des Pellagraproblems in den Vereinigten Staaten 511.
Alvarez 561.
Amicis, de 382. 387. 395. 396.
Anderson 350. 396.
—, **Alexander**, Grofser Narbenkarbunkel, geheilt durch hochfrequente Ströme 26.
Angyán, J., Krompecher, E., und **Goldzieher, M.**, Protozoenbefunde bei Typhus exanthematicus 518.
Antonelli, A., Plaque muqueuse der Conjunctiva des Limbus. Die Sekundärsyphilis der Bindehaut 548.

Apert und Brac, Pathomimie. Erzeugung von Ätzungen durch gewöhnliches Kalium bei einem 14jährigen Mädchen. Zahlreiche oberflächliche Hautnarben; multiple Abscesse; lineäre Keloide. Differenzierung zwischen den absichtlich erzeugten Läsionen und alten, spontan entstandenen Affektionen bazillären Ursprungs 407. 408.
Apostolides, Apostolos G. jun., Über die interne Behandlung der akuten Blennorrhoe 87.
Armstrong, Noah E., Urologische und dermatologische Erfahrungssätze 269.
Arndt, Leukämische Tumoren der Haut 204.
— Lymphodermia perniciosa 204.
— 60. 61. 160.
—, G., Beiträge zur Kenntnis des Lichen nitidus 408. 493.
— Sporotrichosis 543.
Arnheim, Georg, Kulturversuche der Spirochaeta pallida 269.
Arning, Das Vorkommen tuberkuloider Veränderungen in den Nerven bei anästhetischer Lepra 330.
— 278.
—, Ed., und Hensel, H., Pseudoleucaemia cutis 466.
—, und Lewandowsky, F., Über den Nachweis nach Ziehl nicht färbbarer Leprabazillen durch Anwendung der prolongierten Gramfärbung nach Much 412.
Arnold, Carl, Repetitorium der Chemie 365.
Aronsohn, Oscar, Ein seltener Fall von perverser Sexualbetätigung 72.
— Zur Psychologie und Therapie des krankhaften Errötens 508.
— 554.
Asch, Die Erkrankungen der Harnblasenmuskulatur 71.
— Die Tuberkulose und die Tuberkulinose des Hodens 359.
— Die tuberkulösen Strikturen der Harnröhre 360.
Aschoff, L. 161.
Ashmead, Albert S., Die staatliche Fürsorge bei Lepra in Norwegen und in den Vereinigten Staaten 26.
— Die Krankheit „Uta" und die pathologischen Deformitäten an den Töpferwaren des alten Peru 269.
— Nachruf für Dr. Juan de Dios Carrasquilla 270.
— Zur Epidemiologie der Lepra 562.
Askanàzy 76.
Aspergren 383. 397.
*Audry, Ch., Ernest Besnier 1.
— Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum congenitale 67.
— 66. 236. 250. 256. 305. 396.
Auerbach, Paul, Über den therapeutischen Wert der Scharlachsalbe bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 470.
Auspitz 8. 12. 21, 200.
Avicenna 288.
Ayala, Zwei Fälle von unbewufster Syphilis in ungewöhnlicher Form 228.
Aynaud 97.
Ayres, Winfield, Fall eines ungewöhnlich kurzen Ureters 25.
Azúa, Juan de, Sekundäre Hautcarcinomatose 42.
— Der Steinkohlenteer in der Behandlung einiger Dermatosen 464.
— Cerebrospinale Meningitis. Meningomyelitis incipiens und Meningitis der Basis. Akustische und optische Störungen. Aufsergewöhnlicher cutaner Akustikusreflex 464.
— Zwei Fälle von Acrodermatitis pustulosa continua 464.
— Serpiginöse Ulcerationen venerischen Ursprungs. Chronische Malaria 465.
— Drei Fälle von Syringocystadenom Ulceration des einen 465.
— Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Steinkohlenteer 471.

Bab 183.
—, Hans, Das Problem der Luesübertragung auf das Kind und die latente Lues der Frau im Lichte der modernen Syphilisforschung 226.
Babes, Spezifische Reaktionen bei Lepra 331.
— 201. 384. 396. 520.
—, Vasilin, und Gheorghus, N., Über kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Säure 127.
Babesin 396.
Babinsky, Die Prognose der Tabes 188.
— 228.
Babonneix, L., und Brelet, M., Die Anginen bei der Scarlatina 132.
— und Voisin, R., Syphilis cerebralis hereditaria tarda bei zwei Schwestern 185.
Bachmann, Zur Frage der Seuchenbekämpfung, insbesondere von Scharlach 518.
Bachrach, Robert, Über Teleangiektasien der Harnblase 271.
Bacon, J. H., und Williams, Wright C., Dyspnoe und Urticaria nach Injektion von Diphtherieserum 125.
Bajor, D., Erfahrungen bei einer Typhusepidemie in Tatabánya 516.
Balàs, D., und Brezovszky, E., Ein Fall von Spondylitis luetica 228.
Balban, Lupus vulgaris nasi 167.
Balean 426.

Balestre 314.
Balloch, Edward A., Klinische Bedeutung der Hämaturie 269.
Balzer 249. 396. 508.
— und Sevestre, Hervortreten eines Gummas des Gaumens 50 Jahre nach dem Primärsyphilid 408.
— — Lichen scrophulosorum universalis 498.
— — Disseminierte, ulcerierte Tumoren von Sporotrichosis 498.
— und Tansard, Behandlung der Blennorrhoe mit einer Kombination von Silbernitrat und Zink 87.
Bancroft 284.
Bang 87.
Barannikoff, Johannes, Zur Technik der Versilberung von Spirochaeta pallida (Schaudinn-Hoffmann) 418.
Barberio 89.
Bardach 75.
—, H., Elastisches Heftpflaster 284.
Barduzzi 237. 396.
Barret 382. 396.
Barsky 6.
Barth, Die eitrigen, nicht tuberkulösen Affektionen der Niere 500.
Barthélemy 275. 301. 384.
Bartholomew, E. Urquhart, Zwei Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mittels Arylarsonate 30.
— Die Gefahren von kräftigen Injektionen bei abklingender Blennorrhoe 65.
— Ein als Hysterie diagnostizierter Fall von blennorrhoischem Rheumatismus 411.
Bartholini 50. 246. 379.
Bassil, Clementino, Atoxylbehandlung der Syphilis 464.
Basch, Wassermannsche Reaktion 354.
— 355.
Basedow 32.
Bassini 358.
Bateman 248.
Batut 67.
—, L., Über „Adénopathies non chirurgicales“ 222.
Bäumer, Thiopinol-Matzka, ein neues lösliches Schwefelpräparat und die damit erzielten Heilerfolge 506.
Bauer 121. 122.
Baum 61. 159. 162.
Baumeister 382. 396.
Baur, L., und Lesieur, Ch., Die Magendarmstörungen im Beginn der Scarlatina 132.
Bayard 314.
Bayet, Dementia paralytica praecox bei einem Luiker 24.
— Multiple Primärsyphilide 24.
— Die praktische Bedeutung der Serumdiagnostik bei der Syphilis 358.
Bazin 67. 141. 210. 248. 249. 255. 256. 257. 260. 275. 294. 295. 302. 304. 305. 306. 443.
Beaudoin 406.
Beardley, E. J. G., Die Urogenitalkomplikationen des Typhus 49.
Beates, Henry, Über Diagnose und Therapie der ulcerösen Hautveränderungen bei Syphilis 270.
*Beck, S. C., Beitrag zur Pathogenese der Angiokeratome 349.
*— Über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter 355. 432.
— Hautkrankeiten der Neugeborenen auf Basis der Abschilferung 417.
— Ein Angiokeratomfall 510.
— 355.
Becker, Ferdinand, Beitrag zur Verwendung des galvanischen Stromes in der alltäglichen Praxis (Elektrolyse des Furunkels, Galvanisation der Epididymitis) 122.
Behn 101. 147.
Behrend 200.
Bence-Jones 76. 77.
Benda 451.
Bendix, Anschwellung des Gesichts und Erweiterung der Venen am Hals, Rumpf und Armen 543.
— Lichen planus auf der Mundschleimhaut 543.
— Sklerose der Unterlippe 543.
—, B., Die Behandlung des Scharlachs 554.
Benjamin 396.
Berend, M., Infantiles Ekzem mit Laktosurie 231.
Berg, Georg, Zum gegenwärtigen Standpunkt der Nierendiagnostik und Nierentherapie 80.
— Über Malakoplakia vesicae 501.
— Blasentumoren 501.
Bergengrün, Paul, Zur Lepra tuberosa der oberen Luftwege 181.
Bergh, A. A. Hijmanns van der, Untersuchungen über die Hämolyse bei der paroxysmalen Hämoglobinurie 374.
Bergmann 396.
*— Georg v., Das Relief von Rausch im Lichte der neuen Hornforschungen betrachtet 151.
Bering 192. 196.
Berkefeld 451.
Berliner 384. 385. 386. 394. 395. 396.
Bermbach, P., Untersuchungen über den Impfschutz mittels der Bordetschen Reaktion 137.
Bernheim 231. 421.
Bernouille, Daniel 134.
*Béron, B., Ein Fall von Acanthosis nigricans 2.
Bertarelli, E., Beitrag zur Ätiologie der Windpocken 556.
— 315. 364.
Bertling, F. E., Ein Fall von Purpura fulminans 513.

Bertrand, Ein Fall von progressiver Paralyse im Anfangsstadium auf syphilitischer Basis beruhend 357.
Besnier, Ernest 21. 22. 31. 32. 60. 164. 171. 236. 249. 305. 352. 384. 396.
Bettmann. Über innerliche Behandlung von Hautkrankheiten mit Kalksalzen 472.
Beurmann, de, Lepröse Schanker 325.
— Radiumbehandlung der Lepra 328.
— Leprolinbehandlung der Lepra 328.
— Sporotrichose 355.
— 89. 220. 277. 329. 546.
— und Laroche, Guy, Meningitis und Polyseritis leprosa 323.
— — Lepröse Leberschrumpfung 323.
— — Der Wert der Intradermoreaktion für die Dermatologie 496.
— und Degrais, Behandlung des Lupus faciei 182.
— und Gougerot, Geistesstörungen bei Lepra und Seelenzustände der Leprösen 323.
— — Lepröse Radialisparalysen 324.
— — Gang der leprösen Infektion 325.
— — und Laroche, Guy, Nicht anästhetische Leprome 324.
*Biach, Moriz, Zur Epithelfaserfärbung nach der neuen Methode Unnas 191.
Bjarnhjedinsson, S., Die Lepra auf Island 320.
Bidenkap 319.
Biedl 370.
Biehler, Klinische Beobachtungen 322.
— 328.
— Komplementablenkungsversuche 329.
—, Matylda, Entzündung des Nierenbeckens und der Nieren als Komplikation der Masern 555.
—, und Waclaw, Über die Blutuntersuchung bei Infektionskrankheiten der Kinder (Masern, Diphtherie, Scharlach und Pocken) 518.
—, R., und Hirschberg, M., Lepra der Knochen 169. 267.
Bjelilowski, Einige statistische Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum und über die Bakteriologie des Scharlachs 554.
Bier 61. 72. 94. 117. 174. 220. 464. 469. 471.
Bierhoff, Frederic, Die Prostitutionsfrage in New York 175. 272. 500.
Biett 248.
Billroth 529.
Binaghi, Roberto, Klinischer Bericht über 420 persönliche Beobachtungen aus der Chirurgie der Harnwege 548.
Bircher, Eugen, Eine Modifikation der Urethrotomia externa bei der Behandlung der Zerreifsungen und Strikturen der männlichen Harnröhre 69.
Birnbaum, Karl, Das Sexualleben der Alkoholisten 222.
Bizard, L., Die plastische Massage bei Gesichtsdermatosen nach L. Jacquet und R. Leroy 26.
— Pilocarpin und Alopezie 362.
— und Lévy-Bing, A., Die Quecksilber-Influenza 273.
Bizzozero, Enzo, Experimentelle Studien über Keratohyalin, Eleïdin und Parakeratose 210.
Blacher, Über Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie 555.
Blanchard, Raphaël, Das Insekt und die Infektion. Naturgeschichte und medizinisches Verhalten der pathogenen Arthropoden 224.
Blaschko, Noduläre Tuberkulide 60.
— Disposition zur Lepra 324.
— Bericht über die zweite internationale Leprakonferenz 543.
— Pityriasis lichenoides chronica 543.
— Idiopathische Hautatrophie 543.
— 27. 60. 61. 159. 160. 344. 562.
Bloch, Über 126 Fälle von Prof. Israel operierter Nierentumoren 500.
— und Massini, Studien über Immunität und Überempfindlichkeit bei Hyphomycetenerkrankungen 419.
—, Arthur, Über 126 Fälle operierter maligner Nierentumoren 462.
—, I. 195. 196.
—, Maurice, Verkannter Schanker der rechten Mandel, Tonsillotomie, sekundäre Syphilis, ultramikroskopische Untersuchung 462.
Block, Felix, Die nicht gewerbsmäfsige Prostitution, ihre Ursachen, Formen, Gafehren und deren Bekämpfung 409.
— 396.
Blooker, J. W., Über den Einflufs der Kochsalzzufuhr auf die nephritischen Ödeme 506.
Bloom, Jefferson D., Hautsymptome der Hodgkinschen Krankheit 270.
Blum, Zur Ätiologie der Furunkulose 40.
— Über Carcinome des Nierenbeckens 500.
— Erwiderung auf die vorstehende Arbeit 360.
— Pathologie und Therapie der Blasentumoren 368.
— 359. 360.
Blumenfeld, Anton, Zur Kenntnis des „Leukoderma psoriaticum“ 118.
Blumenthal, Mykosis fungoides 204.
Blumer, George, Zwei Fälle von osteoplastischem Prostatacarcinom 270.
Boardman 8. 21.
Boari, Die Dauererfolge der mittels Boarischen Knopfes ausgeführten Uretero-Cysto-Neostomie in Italien 362.
— 362.
Boas 5. 342.

Boas, Harald, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis 228.
—, Kurt, Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Lichte des modernen Kurpfuschertums 234.
Bodin 221. 256. 306. 404.
Boeck 117. 164. 250. 275. 305. 319. 401. 407. 426. 444.
Böhme, Klappenbildung am Blasenhalse nach Entfernung eines Blasensteins 501.
—, A., Zur opsonischen Methodik nebst Untersuchungen über ihre klinische Verwertbarkeit bei Staphylokokkenerkrankungen 420.
—, F., Zur Technik der intravesikalen Operation von Blasentumoren 64.
Böing, H., Kritisches zur Impffrage 559.
Bogart, Henry, Doppelte Vasektomie bei Verbrechern und geistig Minderwertigen 26.
Bogrow, S. L., Ein Fall von Mykosis fungoides 27.
— Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation 68.
— Cutis verticis gyrata 491.
— 7. 491.
— und Wosstrikow, P. E., Über „Creeping disease" im Alexandriskschen Kreise des Chersonschen Gouvernements und über ihre Ätiologie 68.
Boikow, Zur Frage der blennorrhoischen und syphilitischen Knochenveränderungen 364.
Boinet 314.
Bókay, J. v., Über den ätiologischen Zusammenhang der Varicellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster 557.
Bonnette, Verhütung der venerischen Krankheiten. Der aseptische Coitus 415.
—, L. M., Über eine Form von Erythema exsudativum, welche besonders bei schwerem Alkoholismus vorzukommen scheint 515.
—, M. L. M., Livedo annularis 508.
— und Courjon, Die syphilitischen Entzündungen der peripheren Arterien 185.
Bord, Benjamin, und Ravaut, Paul, Schankröse Afterentzündung 279.
Bordet 113. 137. 219. 520. 558.
Bordier, H., Die moderne Behandlung der Hautepitheliome 280.
Borg 66.
Bormann, Sykosis barbae 266.
— 266.
Born, Blasensteine 501.
Borodenko, Zur Frage der Möglichkeit des Ersatzes des syphilitischen Extraktes durch künstliche Mischungen bei der serodiagnostischen Wassermannschen Reaktion 68.
Borrel 451.
Borrmann 107.
Borst 529.
Borzecki 9. 11. 12. 21. 22.
Bosellini, P. L., Über eine chronische verrukoide Dermatitis der unbedeckten Körperteile 207.
Boss, Über die Mundpflege bei Quecksilberkuren mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste 29.
— 86.
Bosse, Bruno, Eine Windpockenepidemie 556.
Bottini 177.
Bowen, J. T., Verrucae plantares, deren Vorkommen bei Knaben und jungen Männern und ihre Pathologie 116.
Bowerbank 317.
Bowley 237.
Boye 396.
Boyreau 383. 396.
Brac und Apert, Pathomimie. Erzeugung von Ätzungen durch gewöhnliches Kalium bei einem 14jährigen Mädchen. Zahlreiche oberflächliche Hautnarben; multiple Abscesse; lineäre Keloide. Differenzierung zwischen den absichtlich erzeugten Läsionen und alten, spontan entstandenen Affektionen bazillären Ursprungs 407. 408.
Bracken 317.
*Braitmaier, Über ein percutan hervorragend resorbierbares Jodpräparat, das „Jothion" 401.
Brand, Ernst 139.
Brandeis, R., Textilfasern in der Cutis 172.
Brandenberg, Fritz, Ein Fall von Chylurie mit Glykosurie 370.
Brandenburg, W., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins auf das Narbengewebe 45.
Brandler 410.
Brandweiner 169.
Brault, Das Chinin in der Behandlung des Pseudorheumatismus blennorrhoicus 380.
—, J., Über das häufige Vorkommen von Schankern auf der Regio subpubica und an der Basis des Penis bei den eingeborenen Muselmännern von Algerien 496.
Braun 208.
Breda, Multiple benigne Hautsarkoide unter dem Bilde eines Adenoma sebaceum 173.
Breier 9. 22.
Brelet, M., Die malignen Erytheme, besonders während des Typhus 125.
— und Babonneux, L., Die Anginen bei der Scarlatina 132.
Bremener, Augenblicklicher Stand der Lichtbehandlung (hauptsächlich der Röntgentherapie) im westlichen Europa 27.

Brezovszky, E., Primärer Favus am Skrotum 232.
— Lupus erythematodes nach Tuberkulininjektionen gebessert 283.
— Wassermannsche Reaktion 354.
— und **Balàs**, D., Ein Fall von Spondylytis luetica 228.
Brickner, Walter M., Akute Lymphadenitis der vorderen Achsel- und Brustdrüsen infolge Hautinfektion der unteren Brust- und oberen Bauchgegend 419.
Bright 76.
Brinckerhoff 135.
Broc, René, Die Syphilis bei den mohamedanischen Eingeborenen von Tunis 273.
Brocq, Kollargol bei malignen Syphiliden 226.
— Akneförmige Syphilide 186.
— Psoriasiforme Syphilide 186.
— Spezifische perifollikuläre Infiltrationen 186.
— Diagnostik der Lepra — Untersuchung der Hauterscheinungen der Lepra durch methodisches Abkratzen 324.
— Therapie des Lupus vulgaris 354.
— Abnorme Formen der Lichenifikation 355.
— Die verminderte Widerstandsfähigkeit der Haut. — Die Kosmetika. Die Massagen 415.
— 8. 22. 26. 31. 32. 62. 141. 171. 173. 200. 204. 207. 211. 216. 306. 352. 355. 396. 456.
—, L., und **Fernet, P.**, Ein Fall von kongenitaler Erythrodermia ichthyosiformis ohne Blasenbildung 498.
— — Herdförmige, oberflächliche, multiple Sklerodermie ohne Infiltration mit Übergang zur Atrophie der Haut 498.
— — und **Pautrier**, Ulcerierende serpiginöse Dermatose mit multiplen Herden, ein Analogon zu den mit Coccidien verbundenen Dermatosen 498.
— und **Pautrier**, Angiolupoid 355.
— und **Simon**, Cl., Beitrag zum Studium des Phagedänismus 418.
Brongersma, Ein Beitrag zur Kenntnis der Cystenniere bei Erwachsenen 64.
Broschieri 201.
Brown-Séquard 274.
Brownlee, John, und **Thomson**, R. S., Die initialen Erytheme der Pocken 135.
Bruck 84. 188. 339. 343. 346. 547.
—, **Carl**, Über spezifische Behandlung blennorrhoischer Prozesse 86.
— Die Diagnostik der Syphilis nach Wassermann, Neisser und Bruck 121.
— Experimentelle Beiträge zur Ätiologie und Patnogenese der Urticaria 207.
— 121.
Bruhns, Wassermannsche Reaktion 354.
— 343. 345 .
Bryan, Worcester A., Prostatahypertrophie 269.
Bryant, William Cullen, Die Symptomatologie der Prostatitis 74.
Bürgi 206.
Büttner 97.
Bull, Charles Stedman, Ophthalmie des Neugeborenen und deren Prophylaxe vom Standpunkt des Ophthalmologen 376.
Bunch, J. L., Ein Fall von Urticaria pigmentosa bei einem zehnjährigen Mädchen 404.
— Fall von trophischen Läsionen bei einem vierjährigen Knaben 404.
Burke, John G., Dermatitis durch Haarfärben 514.
Burmeister 7.
Burri 327. 412.
Busch, A., und **Gumpert**, E., Jodomenin, ein neues internes Jodpräparat 506.
Buschke, A., Spirochäten bei Syphilis 114.
— 118. 349. 473.
Busteed, J. H., und **Sadler**, W. M., Akute Myelitis im Gefolge von Masern 555.
Butlin 236.
Buttler 81. 82.
Buzzi 200.

Cahn, Alfred, Erfahrungen über Prostatektomie 74.
Cahnheim 310. 314.
Calabrese, Ein weiterer Fall von intra vitam diagnostizierter überzähliger Niere 176.
Calcius 135.
Calmette 28. 283. 409. 410.
Calot 116.
Campagnolle, de, Über die Beseitigung der Nebenwirkungen der Balsamica 501.
Campana 305.
Campenhout, van, Die Lepra am Kongo 310.
Canabal 318.
Capezzuoli, Der Stoffwechsel bei Morbus Addisonii in Beziehung zur Organotherapie 281.
Cappelli und **Gavazzeni**, Beitrag zur Untersuchung und kritiscche Betrachtungen über den praktischen Wert der Wassermannschen Serodiagnose bei Syphilis 230.
Caranfilian, Josef, Die orthostatische Albuminurie 78.
Carle, Über die Anwendung der Fettkörper in der Dermatologie; ihre Kombinierung, ihre Indikationen und ihre therapeutische Wirkung 504.
— 249. 252. 253. 254. 255. 256. 303. 306.

Carpenter, G., Ein letal verlaufender Fall von Icterus neonatorum — mikroskopische Veränderungen an der Leber 404.
Carrrasquilla 270. 331.
Carrion 35.
Carson, Hampton L., Die Impfung vom Standpunkte der Gesetzgebung 136.
Casal 180.
Cassel, Jodomenin, ein Jodeiweißpräparat in der Kinderpraxis 506.
— 74.
Castaigne 78.
Castellani 32.
—, A., Framboesia tropica (Yaws, Pian, Bouba) 113.
— Bemerkungen über eine palliative Behandlung der Elephantiasis 113.
— Tropische Formen von Pityriasis versicolor 113.
— Tinea intersecta 114.
— Bemerkungen über Tinea imbricata und deren Behandlung 114.
Castelli, E., Die Technik der Wassermannschen Reaktion 189.
Castelo 464.
—, F., Die Biersche Stauung bei einigen venerischen Erkrankungen 464.
Catlin 134.
Ceni 511.
Chajes, Primäraffekt 61.
—, Benno, Die Behandlung juckender Dermatosen, besonders des Gewerbeekzems, mit unverdünntem Steinkohlenteer 408.
Chamberland 451.
Chatin, A., und Emery, E., Thérapeutique clinique de la syphilis 275.
Chauffard 338.
—, A., und Fiessinger, N., Zwei Fälle von blennorrhoischer Keratose; experimentelle Erzeugung der Hautläsionen 497.
—, A., und Troisier, Jean, Erythema nodosum und Tuberkulose 182.
Chaulemesse 314.
Chevers, M. d., Die Ätiologie der Psoriasis und verwandter Anomalien 31.
Chevrel, René, Über die Myiasis der Harnwege 47.
Chirivino, Die Spirochaeta pallida in den Läsionen der Tertiärperiode 227.
Chitrowo, Eine einfache Methode des Nachweises der Spirochaeta pallida im Ausstrich 413.
Cholzoff, Ein Fall von multiplen Steinen der hypertrophierten Prostata 65.
— B., Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane 119.
— Die operative Behandlung der Tuberkulose der Vasa deferentia und der Samenblasen 360.
Christin, Gaucher und Louste, Nekrotisierende Papulotuberkulide 497.
Churchill 81. 82.
Chybczynski, Ludwik, Radium; seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin 410. 411.
Cifuentes, Pedro, Vollständige Harnröhrenzerreißung; Urinretention. — Urethrorraphie 52.
Ciliano, Pedro 59.
Cimino, Tébaldo, Vergleichende experimentelle Studie über den Wert der Urethrotomia interna und den Wert der gewaltsamen Zerreißung 549.
Citron, H., Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Harnzuckers 371.
—, Julius, Über die Grundlagen der biologischen Quecksilbertherapie der Syphilis 230.
Ciuffo, G., Über den Parasiten der „Pityriasis nigra“ 32.
— Über die Pathogenese der sogenannten „Maculae caeruleae“ 48.
— Einige morphologische Eigenschaften der Spirochaeta pallida 89.
— Zwei Jahre der dermato-syphilitischen Klinik von Pavia (Dir. Mantegazza) 173.
— Über einige Leprafälle in Terralba (Sardinien) 181.
Clarae 318.
Claude 187.
Claudius 72.
Clément, Der chirurgische Eingriff bei Schußwunden der Niere 459.
Coenen, H., Das Röntgencarcinom 280.
Cohn, J., Zur Behandlung schwerer Harnröhrenstrikturen 69.
— Thyresol in der Behandlung der Blennorrhoe 380.
— Th., Eine einfache intravesikale Behandlung von Aussackungen der Blasenenden doppelter Harnleiter, ein Beitrag zur Pathologie der intermittierenden Pyonephrose 501.
Cole, H. P., Bluttransfusion in einem Falle von Pellagra 127.
Coley, de 383. 396.
Colles 227.
Collin, H. 178.
Constantin 383. 396.
Corbus, B. C., und Harris, Frederik G., Balanitis erosiva und gangraenosa, die vierte venerische Krankheit 367.
Corlett, William Thomas, Parapsoriasis: eine hartnäckige maculo-papulöse Schuppen-Erythrodermie 212.
Couilland 236.
Councilman 135.
Courtade, Die Behandlung der Blasenneuralgien 175.
— Incontinentia urinae bei Kindern 175.
— Ionisierung bei Cystitiden 175.

Courtney, J. Elvin, Syphilis des Nervensystems 502.
Courjon und Bonnet, Die syphilitischen Entzündungen der peripheren Arterien 185.
Coutcher, Howard, Einige praktische Beobachtungen beim Gebrauch des Katheters 269.
Covisa, J. S., Ein Fall von Sklerodermie in Streifen und Herden 46.
— Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring 464.
— Zwei Fälle von phagedänischem Gumma der Urethra 465.
Cowper 68. 69.
Cramer, A., und Guillermin, R., Die Resultate von 150 Fällen von Impfungen und Wiederimpfungen 560.
Crédé 376. 378.
Criegern, von, Zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa acuta benigna (Brocq), auch érythème scarlatiniforme récidivant (Féréol und Besnier) u. a. m. genannt 31.
Critzmann 140.
Crocker, H. Radcliffe, Die Dermatosen der Tropen 112.
— Ein Fall zum Diagnostizieren 405.
— 8. 22. 236. 250. 255. 284. 305. 314. 396.
Croftan, Alfred C., Über alimentäre Albuminurie 76.
Cronquist 283.
—, Carl, Zur Kasuistik der visceralen Syphilis, Gumma cardiae 452.
Croom, D. H., Morbus Addisonii als Familienkrankheit 44.
Crothers, Browson, und Morse, John Lovett, Der Urin bei Kinderkrankheiten 74.
Csiki, Michael, und Kugel, Eduard, Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe, insbesondere bei Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Adnexe 208.
Csillag, Jacob, Dermatitis lichenoides chronica atrophicans (Lichen albus von Zumbusch) 467.
Cukor, Nikolaus, Über die Erfolge der operativen und der konservativen Therapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen 380.
Curry, T. W., Entfernung eines Gesichtsnaevus 48.
Curtis, Arthur, Magensyphilis 28.
—, H., und Lawrence, T. W. P., Ein Fall von Pfortaderthrombose verbunden mit Harnröhrenstriktur und doppeltem Mitralklappenfehler; letale Hämatemese 405.
Cushny 380.
Czernecki, W. 79.
Czerny 231.

Dade 249. 250. 256. 305.
— C. T., Eine Demonstration über die Verwendung von flüssiger Luft bei Hautleiden 114.
Dahm, Serologische Untersuchungen bei der Variola vera 558.
Dalla Favera s. Favera, dalla.
Dammann, Rationelle Haarpflege 469.
Danielssen 318. 319.
Dandois, Ein Fall von hartem Schanker der Conjunctiva bulbaris 356.
— Tertiärläsion auf der alten Narbe eines vor fast 50 Jahren akquirierten Primärsyphilids 356.
— Pseudo-Tumor albus 356.
Danielopolu, D., und Slatineanu, A., Fixationsreaktion mit dem Serum und Liquor cerebrospinalis der Leprakranken, bei Anwesenheit des syphilitischen Antigens 139.
— — Anwesenheit von Fixationskörpern im Liquor cerebrospinalis von Leprakranken 140.
Danlos 422. 497.
— und Levy-Frankel, Atypische Tuberkulose von der Form der Boeckschen Sarkoide bei einer alten Luetikerin 407.
— — Tuberkulöses Papillom der Zunge 408.
Dantec 396.
Dardel, J., Die Verwendung von Heilquellen bei der Behandlung der Syphilis 116.
Darier, Lichen planus 276.
— Subcutane Sarkoide 355.
— Mitteilung über zwei von Herrn Danlos in der letzten Sitzung vorgestellte Patienten 497.
— 7. 68. 117. 159. 218. 236. 237. 238. 247. 252. 304. 305. 383. 385. 396. 452. 497.
Darling, J. Singleton, Bericht über eine Scharlachepidemie in Lurgan 550.
Darwin 222.
Das, Sarat Chandra 316.
Dauber 9. 22.
Daugty 305.
Dausset 469.
Davidsohn, Felix, Über Funkenbehandlung 421.
Day, Curtis R., Ein Fall von Blastomykosis 502.
Dayse, van 357.
Dean 322.
Debenedetti und Progliese, Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsfähigkeit der Vaccinestoffe 560.
Debove, Hodgsonsche Krankheit und Syphilis 185.
— Retroperitoneale, den Plexus coeliacus umschließende Sklerose und Addisonscher Symptomenkomplex 281.

Debrien 309.
Decastello, Alfred v., Beiträge zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie 76.
Dechaux und Gouchet, A., Der plötzliche Tod bei der Scarlatina 133.
Define, Giacomo, Umschriebene fibromatöse Hyperplasie des Skrotums im Gefolge eines chronischen Ekzems 31.
— Das Fibrolysin in der Behandlung einiger Hautkrankheiten und der Harnröhrenstrikturen 124.
Degrais 355. 422. 430.
— und Beurmann, de, Behandlung des Lupus faciei 182.
— und Wickham, Physikalische Therapie 355.
Dehio 315. 325. 327. 333.
Deichert H., Die angebliche Kuhpockenimpfung in Königsberg im Jahre 1770 559.
Déjérine 200. 201.
Delbanco, Ernst, Referate 180. 223. 330. 503.
— 325.
Delloye, M., Behandlung des varikösen Geschwüres 282.
Delorge, M., Behandlung der entzündlichen und varikösen Akne 233.
Dénériaz 383. 396.
Dentu 396.
Dessauer, F., Röntgenmomentaufnahmen 474.
Derscheid, M., Lungensyphilis. Syphilis und Lungentuberkulose 28.
Derville 396.
Desault 70.
Desmoulières, A., Die stickstoffhaltigen Bestandteile des Harns und die Bestimmung ihres Stickstoffverhältnisses 458.
Desnos 178.
Detre, L., Die Behandlung der Sykosis mit Vaccination 233.
Deutsch 166.
Dexter, Thurston H., und Rathbun, Nathaniel P., Vorläufige Bemerkungen über die Bakteriologie der Blennorrhoe 376.
*Deycke, Theorie und Praxis der Leprabehandlung mit Nastin 475.
— Die Therapie der Lepra 326.
— 328.
Diatchkoff, Syphilis 266.
Diday 185. 237.
Diesing, Der Ursprung und die Bedeutung der Farbstoffe des Menschen 88.
—, Ernst, Erklärung zu den Bemerkungen Solgers in Nr. 7 des Zentralblatts 119.
— Wie wirken Arsen und Schwefel auf die Haut? 170.
— 269.
Dietz, Lichen ruber planus 357.
Dieulafoy, Gonokokken-Septikämie 85.
Dieulafoy, Dreifache venerische Infektion, kompliziert durch syphilitische Phlebitis 183.
— Heilung der Anuria calculosa ohne blutige Operation 369.
— Zwei Fälle von blennorrhoischer Septikämie, geheilt und gleich von Abdominaltyphus gefolgt. Versuch, die Gonokokkenseptikämie mit Gonokokkenimpfstoff zu behandeln 378.
Diwawin, Ein Fall von Pagetscher Krankheit 41.
Dmochowski, Z. 247.
Dockrell, Alopecia areata 282.
Dohi 312.
— und Nakano, H., Klinische und bakteriologische Studie eines Hautgeschwürs im Gesicht 120.
—, K., Demonstration von Mykosis fungoides 120.
—, Sh., Tätowierung und Syphilis 117.
Dokutschajew 491.
Dominici, Physikalische Therapie 355.
— 42. 406.
Don, A., Ein Fall von Henochscher Purpura im Verein mit angioneurotischem Oedem 512.
Donald, John, Behandlung der Hypertrichosis mit X-Strahlen 48.
Donath 371. 372. 373. 374.
—, Julius 79.
—, und Landsteiner, Karl, Hämoglobinurie und Hämolyse 79.
Donovan 34.
Dorofejew, Beobachtungen über die Antischarlachvaccine von Prof. Gabritschewsky und ihre Bedeutung für den Kampf mit den Scharlachepidemien 131.
Dort, Bwes van 317.
Douglas 75.
Doutrelepont 254.
Doyon 2. 22. 249. 305.
*Dreuw, Aërotuba (Luftdrucksalbentube) 261. 442.
*— Über Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit Alkalizusatz 531.
— 196. 261. 523. 531.
Dreyer, Kind mit Lues hereditaria 60.
— Beiträge zur Irrigationsurethroskopie 65.
—, A., Beiträge zur Spirochätenfrage 114.
Druelle und Gaucher, Tertiärsyphilid der Urethra 407.
— — Syphilitischer Schanker am inneren Augenwinkel 407.
— und Joltrain, Zosterartige Syphilide 179.
— — und Louste, Hydroa vacciniforme 407.
Dubois-Havenith, Maligne Entartung eines Naevus 357.
— 28. 311.

Dubreuilh 8. 9. 11. 12. 22. 116. 314. 349. 352.
—, W., Bericht über tropische Hautkrankheiten 112.
— Ein neues Verfahren zur Entfernung der Tätowierungen 171.
— Die Leukokeratose der Genitalien beim Manne 361.
Du Castel 236. 255.
Duclos 516.
Dudtschenko-Kolbassenko, Zur Technik der Anwendung medikamentöser Salben bei Hautkrankheiten 470.
Düring, v., Ist die Lepra hereditär? 320.
— 314. 315.
Duguet 48.
Duhot, Blasencarcinom. Partielle Cystektomie. Heilung 71.
— Einige Bemerkungen über die transvesikale Prostatektomie 74.
— Uropyonephrose infolge einer Striktur des Harnleiters 81.
— Diffuses hypertrophisches Syphilid der Unterlippe 356.
— Ein Fall von Syphilis mutilans des Gesichts, der Nasenhöhle und Ankylose der Palato-Pharynx 356.
— Doppeltes Primärsyphilid der Zunge 356.
— Tabes 357.
Duhring, Louis A., Zur Behandlung gewisser chronischer entzündlicher Hautkrankheiten 455.
— 8. 62. 130. 141. 198. 202. 207. 236. 355. 464. 471.
Dukes 517. 556.
Dumesnil 9. 11. 22.
Dumitreanu, V., Doppelniere mit Pyelonephritis der einen Hälfte 81.
Dumstrey, F., Über die Bedeutung der Superoxyde für die Therapie und Kosmetik 124.
Dunlop, A., Ein zweifelhafter Fall — Scharlach oder Influenza? 551.
Duque, J. Quintana, Ein Fall von Lungensyphilis 465.
Duvernay, L., Die Nephritis impetiginosa 368.
*Dyck, Neue Fortschritte in der Anwendung der Kromayerschen Quarzlampe: Quarzansätze, Blauscheiben 398.

Eberlein, R. 503.
Eberth 379.
Ebstein, Wilhelm, Kuhpockenimpfung (?) im Jahre 1770 in Deutschland durch einen englischen Arzt 559.
Edgar, J. Clifton, Verhütung der Blindheit vom Standpunkt des Geburtshelfers 377.
Ehlers, Die Übertragbarkeit der Lepra durch blutsaugende Insekten 321.
— 310. 314. 320. 325.
— und Verdier, Felix, Die Geographie der Lepra 313.
Ehrlich 444.
—, Leo, Referate 61. 204. 266.
— 205.
Ehrmann, Ein neues Gefäſssymptom der Syphilis, seine Beziehungen zur Cutis marmorata, zum groſsmakulösen Syphilid und zur Spirochaeta pallida 115.
— Dermatitis exfoliativa generalisata 165.
— Tuberkulöse Hautulcerationen, Lupus verrucosus 165. 166.
— Weitere Untersuchungen über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (nach Hutchinson) 210.
— Hautatrophien 355.
— Alopecie, Folliculitis decalvans 445.
— Akne conglobata 445.
— Lupus erythematodes 450.
*—, O., und Vieth, H., Ausscheidungsweise und Verträglichkeit des Sandelöls und seiner Derivate (besonders des Santyls) 485.
— 22. 27. 38. 162. 163. 165. 166. 169. 247. 254. 350. 383. 421. 444. 446. 448. 449. 450.
Eichhorn, R., Beiträge zur Kenntnis der Rektalblennorrhoe 169.
Eichhorst, Hermann, Über chronische intermittierende Albuminurien als Nachkrankheit infektiöser Nephritiden 374.
Einsler 315.
Eiselt, Josef, Ein Fall von geheilter akuter Lysolvergiftung, mit im Verlaufe derselben aufgetretenem Emphysema subcutaneum der linken Fossa supraclavicularis, nebst allgemeinen Bemerkungen über Lysolvergiftung 338.
Eisert, Hans, Über Thyresol, ein neues Santalolpräparat 380.
Eitner, Ernst, Zur Kasuistik der Harnröhrendivertikel 69.
— 139. 205.
— und Schramek, Max, Beiträge zur Pemphigusfrage 34.
Ekehorn, G., Kann die Nierentuberkulose bisweilen spontan ausheilen? 462.
Eliasberg, Julius 329.
Elizagaray, J. López, Masern-Scharlachähnliche Erytheme beim Typhus 509.
Elliot 160.
Elsberg, Charles A., Eine Hautreaktion bei Carcinom durch subcutane Injektion von menschlichen roten Blutkörperchen 41.
Elsner, Simon L., Der diagnostische Wert des Harnleiterkatheterismus 81.
Emeljanow, Schutzimpfungen beim Scharlach während der Epidemie zu

Ende des Jahres 1907 im Krassnokutschen Bezirk des Bogoduchschen Kreises im Gouvernement Charkow 131.
Emery 305.
— und Chatin, A., Thérapeutique clinique de la syphilis 275.
— und Hudelo, Eingeweidesyphilis 461.
Emmerich, Emil, und Meyer, Erich, Über paroxysmale Hämoglobinurie 371.
Emödi, A., Zur Sterilität nach bilateraler Epididymitis 72.
Enderlen, Zur Naht des Ductus deferens 501.
*Engel, Zum heutigen Stand der Leprafrage in Ägypten 289.
*— Zur Behandlung der Lepra mit Antileprol 290. 328.
— 316.
Englisch, Josef, Über angeborene Verengerungen der Harnröhre des Mannes 548.
Engelmann, v., Die Bekämpfung der Syphilis 230.
Engel-Reimers 29.
Engelen, Verschiedene Erscheinungsformen von Lues des Cerebrospinalsystems 187.
Eppinger 200.
Ercoli, Eitrige Epididymitis durch Bacterium coli, ein Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen 173.
Ermengem 89.
Ernst, Die neueren Behandlungsmethoden der Epididymitis blennorrhoica unter Mitteilung eigener Versuche mit der Punktionsbehandlung 85.
Ertzbischoff, Anurie 458.
— Nierensteine 458.
— Die technischen Verfahren zur Entkapselung der Nieren 458.
— und Albarran, Die Radiographie der Ureteren und der Nierenbecken 175.
Esau, Experimentelle Beiträge zur Ureterchirurgie 175.
Escherich 182.
Espada 317.
Essbach 76.
Esbach 373.
Eudokimow, Zur Frage der Ursachen einer langen Inkukationsdauer beim Tripper 174.
— Zur Frage der ascendierenden, blennorrhoischen Peritonitis 463.
Eulenburg, A. 508.
Ewald 5.

Fabry, Joh., Über einen Fall von Naevus lichenoides albus colli 207.
— 9. 160.
Fagerlund, Die Lepra in Finnland 320.
Falcao 315.
Falcao, Zeferino, Lepröse Initialveränderungen 324.
Falkiner, N. M., Ein Fall von Hydroa gestationis 516.
Farkas, J., Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose 73.
Fasal, Hugo, Über einen Fall von Schwimmhosennaevus 48.
— Sklerodermie 162.
— Seltene Hauttumoren 355.
— Exulcerierte gummöse Lymphome 445.
— Xanthoma palpebrarum 449.
— 162.
Favento, Piero de, und Magni, Egisto, Über die Analogie, die zwischen heterotopischen Schmerzen bei chronischer Prostatitis und den Schmerzpunkten bei gewissen Formen der chronischen Metritis besteht 174.
Favera, G. B. dalla, Beitrag zur Histologie des Lichen planus der Schleimhaut 173.
— Über das gegenwärtige Verhalten der Trichophytie in der Provinz Parma 220.
— Referate 32. 38. 40. 41. 43. 48. 50. 89. 93. 94. 181. 182.
— 456.
Fedorow, Einige Beobachtungen über die Röteln 556.
Feer 421.
Fehling 371.
Feistmantel, Lepraherde in Persien 561.
Feleki, H., Zur Anatomie und Pathologie der Prostata 73.
— Über Pyelitis 548.
Féréol 31. 32.
Fernet, P., Artikuläre und paraartikuläre Manifestationen des Trippers 378.
— und Brocq, Ein Fall von kongenitaler Erythrodermia ichthyosiformis ohne Blasenbildung 498.
— — Herdförmige, oberflächliche, multiple Sklerodermie ohne Infiltration mit Übergang zur Atrophie der Haut 498.
— — und Pautrier, Ulcerierende serpiginöse Dermatose mit multiplen Herden, ein Analogon zu den mit Coccidien verbundenen Dermatosen 498.
Ferrand, Reaktion der Kephalorhachidialflüssigkeit im Verlaufe einiger Dermatosen bei jungen Kindern 417.
—, Marcel, Die Dermatitiden der Säuglinge (infantile Erytheme) 418.
— 547.
Ferreira, Clemente, Das unaufhörliche Schreien als Symptom der hereditären Syphilis 185.
Feuerstein, Leon, Referate 28. 29. 33. 42. 47. 71. 74. 75. 80. 81. 82. 86. 122. 123. 127. 129. 181. 225. 230. 366. 374. 375. 411. 412. 415. 417. 471. 508. 514. 515. 518. 554. 555.

Feulard 249. 255. 256. 305.
*Fick, Johannes, Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen des Herrn Dr. F. Juliusberg 111.
— 107. 109. 110. 191. 192. 205. 247.
Fiessinger, N., und Chauffard, A., Zwei Fälle von blennorrhoischer Keratose; experimentelle Erzeugung der Hautläsionen 497.
Fieux und Mauriac, P., Tödliche Übertragung einer lange nach der Konzeption akquirierten Lues auf den Fötus 184.
Finger, E., Papulo-krustöses Syphilid 162.
— Die Zukunft der Syphilis 222.
— Hautatrophien 355.
— 11. 33. 231. 445. 446. 447. 448. 467.
Finkelstein 31. 421.
—, Sarah, Addisonsche Krankheit im Kindesalter 280.
Finsen 27. 42. 182. 209. 282. 430. 473.
Firket 311.
Fischel, Richard, Die Jodtherapie in ihren Beziehungen zur qualitativen Jodausscheidung 453.
Fischer 342. 396.
—, B. 470.
—, W., Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis 29.
— Über Naevus anaemicus 118.
Fischl 196.
Fleischer 282.
Fleming, A., Demonstration einer vereinfachten Methode der Serumdiagnose der Syphilis durch das Komplementabweichungsverfahren 406.
Fol 97.
Fordyce 349.
—, John A., Einige Affektionen der Mund- und Nasenhöhle, welche in Beziehung zu Hautkrankheiten stehen 90.
— Ein chronischer juckender Papelausschlag der Achseln und Pubes; dessen Beziehung zu Neurodermatitis 216.
Forest, de 236. 543.
Foster, Burnside, Mitteilung von Fällen: chronisches persistierendes Ödem des Gesichts; Elephantiasis; Elephantiasis nach Wassersucht; Folgen zu starker Röntgenbestrahlung bei Behandlung der Akne; Mykosis fungoides 213.
Fouquet 364.
— und Gaucher, Entwicklung von Lichen planus auf einer Operationsnarbe und auf einer Brandnarbe 407.
Fournier 30. 224. 249. 255. 256. 305.
Fox, Colcott, Acne varioliformis bei einem 37jährigen Manne 404.
— Ein weiterer Beitrag zum Studium der Endothrix trichophyton-Flora in London, illustriert durch eine Sammlung von Reinkulturen und Photographien 454.
— 248. 249. 256. 294. 295. 302. 303. 304. 305. 383. 396.
Fox, Howard, Über den therapeutischen Versuch mit dermatologischen Mitteln 216.
— Ein Vergleich der Wassermann- und Noguchi-Komplementfixationsmethoden 337.
— 396.
Fraenkel, Zur Frage der Syphilisdiagnose in Verbindung mit der Wassermannschen Reaktion 27.
Fränkel 549.
Franceschi, de, Klinische und experimentelle Beobachtungen über Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum 499.
François-Dainville und Hallopeau, H., Über einen Fall von Wilsonschem Lichen mit primärer Lokalisation an thermokauterisierten Stellen 497.
— — Über einen Fall von bullöser Dermatitis im Anschlufs an zu häufige Applikation von Methylenblau und Teer bei einem an persistierender Urticaria leidenden Patienten 497.
— — Weitere Bemerkungen über einen Fall von Acne cornea vegetans 497.
Frank, Die Behandlung des Unterschenkelgeschwüres mit Zinkleimverbänden 282.
Frei, Zur Ehrenrettung des „Bolus alba“, eines alten, aber seit langer Zeit verkannten Heilmittels: die Bolus alba 472.
Freudenberg 177.
Freudweiler 530.
Freund 382. 396.
Freyer 74.
—, P. Johnston, Operation der Prostatahypertrophie 600.
— Fälle von totaler Enukleation 50[illegible].
Freyhan 9.
Friedberger 137.
— und Yamamoto, Über die Wirkung einer Neutralrotsalbe auf die experimentelle Vaccineinfektion beim Kaninchen 560.
Friedjung, Josef, Die sexuelle Aufklärung der Kinder 415.
Friedländer, A. 508.
—, David, Erfolgreiche Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels hochfrequenter Ströme 502.
—, W., Skrophuloderma 160.
— Gummi sterni 160.
— 160. 277.
Friedmann, R., Jodomenin, ein neues Jodpräparat in der allgemeinen Praxis 505.
Friedrich, Otto, Über Chrysarobinvergiftung bei interner Anwendung 123.
Frisch, v., Die eitrigen, nicht tuberkulösen Affektionen des Nierenbeckens 500.
— Zur Ätiologie der renalen Hämaturie 500.

Frisch, Otto v., Ein seltener Fall von elephantiastischer Verdickung einer Extremität, nebst einem kasuistischen Beitrag zur autochthonen Elephantiasis 39.
Frohwein 350.
Fromme, F., Über Diagnose und Therapie des Blasenkatarrhs bei der Frau 71.
Frugoni 330.
Fuá, R. und Koch, H., Zur Frage der Wassermannschen Reaktion bei Scharlach 132.
Fülleborn 365.
Fürst, M., Der Arzt 468.
Fürth, Ernst, Beiträge zur Kenntnis des Scharlachrezidivs 132.
Fukala, Vincenz, Nochmals zur Heilung der Neugeborenenblennorrhoe 378.
Fukushima, Y., Eine Dermoidcyste am Frenulum praeputii 270.
Fulgowski, Über cystoskopische Befunde nach gynäkologischen Operationen 501.

Gabritschewsky 131.
Gaddesden, Johannes de 288.
Gaing 185.
Galambos, Arnold, Über den Wert der Farbenreaktion bei Lues 225.
— 226.
Galatzi, Stefanesco, Nierensteine auf natürlichem Wege abgegangen 459.
Galloway 255. 303. 306. 426.
Gandolfo, G., Das metallische Quecksilber bei eitrigen Prozessen 124.
Gardiner, Frederick, Dermatitis herpetiformis im Kindesalter 336.
Gasser 516.
Gastinel, Pierre, und Thibierge, Georges, Erythema induratum Bazin und Tuberkulineinspritzung 67.
Gastou 256. 305. 413. 469.
— und Hallopeau, H., Über die Systeme der Lokalisation des Treponema pallidum im Organismus 114.
— und Loislet, Über das Vorkommen von Hefepilzen bei zwei Fällen von Onychomykose von trichophytärem Aussehen 496.
— — Zwei Fälle von schwarzer Zunge nach dem Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd zum Mundspülen; Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung 496.
— und Payenneville, Seltene, trichophytieartige Affektion der Kopfhaut: Folliculitis decalvans mit den Erscheinungen einer Acne pilaris, komplizirt mit Furunkulose 495.
— — Über eine Familienepidemie von Favus im Anschlufs an Impetigo und Phthiriasis 496.
Gaucher, Die Allgemeinbehandlung der Syphilis 178.
— Der essentielle Pruritus 283.
Gaucher, Die wichtigsten Formen der ekzematösen Eruption, Symptomatologie und Differentialdiagnose 30.
— Behandlung des Epithelioms der Haut und der Schleimhäute mit Radiumapplikationen 42.
— Quaternäre Heredosyphilis des retikulären Gewebes (Appendicitis, adenoide Wucherungen und Skrophulose 115.
— Hämaturie bei Wanderniere 458.
— 456. 461.
— und Druelle, Tertiärsyphilid der Urethra 407.
— — Syphilitischer Schanker am inneren Augenwinkel 407.
— — und Louste, Hydroa vacciniforme 407.
— und Fouquet, Entwicklung von Lichen planus auf einer Operationsnarbe und auf einer Brandnarbe 407.
— und Giroux, Vorläufige Notiz über hämolytischen Ikterus bei sekundärer Syphilis 273.
— und Levy-Bing, Die Osteopathien der quaternären hereditären Syphilis 115.
—, Louste und Christin, Nekrotisierende Papulotuberkulide 497.
Gautier, Gustave, Die Hämaturien bei der Wanderniere 371.
*Gavazzeni, G. Alessandro, Ein Fall von Impetigo herpetiformis 8.
*— Das Eleïdin in seinem Verhältnis zur basalen Hornschicht 56.
*— Erythema induratum Bazin-Fox 248. 294.
— 11. 59. 101.
— und Cappelli, Beitrag zur Untersuchung und kritische Betrachtungen über den praktischen Wert der Wassermannschen Serodiagnose bei Syphilis 230.
Geber 8.
Geissler, Beitrag zur Therapie des konstitutionellen Kinderekzems 31.
— 503.
Gellat, Syphilitische Affektion 266.
Gellis, Bromexanthem 446.
Gemma 180.
Gengou 113. 558.
Genhart, A., Über Filaria Bancrofti 284.
Genou 219.
Genouville, Über die Wirksamkeit einer prolongierten Behandlung gegen die Rezidive der Harnröhrenstrikturen 177.
Gérard, Die Form des Ureters beim Fötus und beim Neugeborenen 175.
Gerlóczy 520.
Gernez und Papin, Quer verlaufende, Blasenschnitt 175.
Gernou 520.
Gheorghus, N., Babes und Vasilin, Über kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Säure 127.

Gibert 30. 325. 408. 471.
Giemsa 162. 219. 364. 451. 454. 518.
Gieson, van 38. 524. 526.
Gilbert 338.
Gilbertus anglicus 288.
Gilchrist, T. Caspar, Einige experimentelle Untersuchungen über die Histopathologie von Urticaria factitia 117.
— Des Vorsitzenden Ansprache 337.
— 306.
Giovannini 256. 305.
Giroux und Gaucher, Vorläufige Notiz über hämolytischen Ikterus bei sekundärer Syphilis 273.
Glaserfeld 22.
—, Bruno 503.
Gley, E., Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur in der experimentellen Chirurgie 234.
Goethe 559.
Götz, Referate 25. 31. 36. 43. 44. 46. 51. 63. 70. 72. 74. 79. 82. 85. 86. 128. 140. 170. 178. 182. 183. 184 186. 187. 188. 190. 226. 268. 273. 274. 275. 276. 278. 279. 280. 281. 283. 338. 362. 370. 371. 379. 409. 412. 413. 414. 416. 423. 424. 461. 470. 471. 493. 516. 517. 546. 549. 553. 559. 562.
Goldberg, Bemerkungen zu dem Artikel Blums: „Die medizinische und chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose" 359.
— Über Differentialdiagnose der Blasensteine 501.
Goldmann 396.
—, Felix, Kritik zur Harnzuckerbestimmung mit dem Glukosimeter nach Zeehandelaar 375.
Goldschmidt, Irrigationscystoskopie 360.
— Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra 367.
— Bilder der hinteren Harnröhre 500.
— 65. 85.
—, H, Galvanokaustische Eingriffe in die Urethra 70.
—, Hans, Studie über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels des Irrigationsurethroskops 176.
Goldzieher, M., und Neuber, E., Rhinoskleromuntersuchungen 277.
—, Krompecher, E. und Angyán, J., Protozoenbefunde bei Typhus exanthematicus 518.
Goll 201.
Golodetz 56. 57. 58. 59. 147. 148. 149. 150. 152. 155. 157.
Goodhue 321.
Gordonius 288.
Gottheil, William S., Lymphangioma pseudoxanthomatosum 218.
Gouchet, A., und Dechaux, Der plötzliche Tod bei der Scarlatina 133.
Gougerot, Klinische Formen der Sporotrichosis Beurmanni 277.
— 396.
— und Beurmann, de, Geistesstörungen bei Lepra und Seelenzustände der Leprösen 323.
— — Lepröse Radialisparalysen 324.
— — Gang der leprösen Infektion 325.
— — und Laroche, Guy, Nicht anaesthetische Leprome 324.
Gouget, M. A., Die Folgekrankheiten der Scarlatina 553.
— Masern und rotes Licht 556.
Gowers 5.
Goworoff, Zur Frage über viscerale Syphilis bei Kindern 62.
— Naevus angiomatosus papill. pilaris 204.
Graefe, E., und Müller, Leo, Beiträge zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie 79.
Grall 309.
Gram 5. 40. 138. 376. 412. 513.
Grebentschtschikow 314.
Greco, Nicolás v., Biologie des Sporotrichum Schenkii-Beurmanni 89.
— Weiße Lichenifikation des Nackens 92.
Greef 378.
Gréhant 50.
Greig 383. 396.
Grenet, H., Stomatitis ulcerosa 40.
Grindon, Joseph, Akuter septischer Pemphigus 495.
Grossich 415.
Grosz 22. 167. 169. 284. 417. 444. 449.
Grouven 254. 255. 256. 303. 306.
Grübler 192.
Grünbaum, Carl, Linoval, eine neue Salbengrundlage 506.
Grüner, O., und Schick, B., Chlorstoffwechsel und Körpergewicht im Scharlach 551.
Grünfeld, Folliculitis decalvans 445.
— Ulcerierte gummöse Lymphome 446.
— Bullöse Dermatitis, Jothionsalbe 446.
— 315.
Guarnieri 134. 135. 138. 139. 559.
Guéguen, Fernand, Über Oospora lingualis nova species und Cryptococcus linguae-pilosae Lucet, Parasiten der Lingua nigra pilosa 34.
Guénot, L., Sekundär-syphilitische Epilepsie 188.
— und Renault, A., Ein enormer Schanker am Kinn nach Verletzung beim Rasieren 496.
— — Ein Fall von sekundärer Epilepsie 496.
Gütig, Karl, Über günstige Beeinflussung des Malum perforans pedis durch Paraffininjektionen 516.
Guibé, M., Die Antisepsis der Haut vermittels Jodtinktur 234.
Guillain 496.

Guillermin, R., und Cramer, A., Die Resultate von 150 Fällen von Impfungen und Wiederimpfungen 560.
Guljanitzki 181.
Gumpert, E., und Busch, A., Jodomenin, ein neues internes Jodpräparat 506.
Gunsett, Referate 31. 32. 34. 40. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 51. 52. 71. 72. 73. 75. 78. 82. 87. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 131. 132. 133. 139. 181. 182. 183. 185. 187. 188. 223. 224. 225. 233. 234. 277. 278. 280. 282. 365. 368. 369. 373. 375. 376. 380. 414. 415. 419. 420. 421. 423. 466. 469. 471. 504. 508. 509. 510. 514. 515. 519. 551. 553. 555. 556. 557. 560.
— 9. 22.
Guszmann, Syphilisrezidive 355.
— Angiokeratoma Mibelli 355.
—, J., und Neuber, E., Wert der Wassermannschen Reaktion in der Praxis 230.
Gutiérrez, Eugenio, Ein Fall von Elephantiasis nostras der Vulva 375.
Guyon 72. 262. 264.
Guyot, G., Die Wirkung des Radiums auf die Gewebe. Experimentelle Hautstudien 420. 422.
— Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf das Hautgewebe 453.

Haab, O., Über endogene Infektion mit Gonokokken 378.
Haas, Referate 28. 29. 30. 35. 39. 78. 87. 123. 173. 227. 228. 229. 230. 231. 233. 234. 277. 281. 371. 419. 499. 506. 513. 518. 520. 551. 555. 558.
Haberler 179.
Hacker, v., Blasennaht mit tiefen Knopf- und oberflächlichen Schnürnähten 71.
Haedecke, Georg, Die Teertherapie und ihre Neugestaltung durch Einführung des Pittylens 471.
Haedicke, Georg, Beitrag zur internen Therapie der Harnkrankheiten, insbesondere mit Cystopurin 51.
Haendel 517.
Hager 489.
Hahn, F., Referate 65. 360. 502.
Haight 200.
Hainiss, G., Myxödem mit infantilem Idiotismus 46.
Halberstädter, Spirochäten nach Burri 162.
— 162. 343. 345. 451.
—, Ludwig, und Hoffmann, Erich, Histologische Untersuchungen einer durch Filaria volvulus erzeugten subcutanen Wurmgeschwulst 365.
Hall, Ernest, Hypospadie 270.
Halle, Hautatrophie mit Sklerodermie 204.
Hallopeau, H., Über direkte Sonnenlichtkuren bei tuberkulösen Affektionen in den Höhenkurorten 123.
— Über Fortschritte der letzten Zeit im Studium des Syphilisverlaufes 462.
— 22. 199. 202. 236. 251. 257. 271. 305. 313. 314. 444. 467.
— und François-Dainvill, Über einen Fall von Wilsonschem Lichen mit primärer Lokalisation an thermokauterisierten Stellen 497.
— — Über einen Fall von bullöser Dermatitis im Anschlufs an zu häufige Applikation von Methylenblau und Teer bei einem an persistierender Urticaria leidenden Patienten 497.
— — Weitere Bemerkungen über einen Fall von Acne cornea vegetans 497.
— und Gastou, Über die Systeme der Lokalisation des Treponema pallidum im Organismus 114.
Hamann, J. G. 559.
Hamano, T., Demonstration von Tuberculosis verrucosa cutis 120.
Hamel, H., und Oettinger, W., Bemerkungen zu zwei Fällen von akuten syphilitischen Meningitiden 187.
Hammer, W., Vorschläge zur Umgestaltung der Krankenhaushaft von Prostituierten 175.
Hancken, W., Über die praktische Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion 228.
Hanes, Frederic M., Multiple hereditäre hämorrhagische Teleangiektasien 65.
Hannemüller 238. 248.
Hanot 338.
Hansemann, v., Fibrom 43.
— 246.
Hansen, G. Armauer 267. 287. 288. 289. 307. 308. 317. 323. 325. 328. 331. 334. 335. 336. 475. 561.
— und Lie, H. O., Die Geschichte der Lepra in Norwegen 318.
Hansteen, E. H., Prostitutionsverhältnisse und Geschlechtskrankheiten in Norwegen. Kontrolle contra Abolitionismus 499.
Harbitz, Lepröse Veränderungen in Knochen und Gelenken trophoneurotischen Ursprungs 330.
Hardy 248. 305.
Harris, Frederik G., und Corbus, B. C., Balanitis erosiva und gangraenosa, die vierte venerische Krankheit 367.
Harrower, Henry R., Der Wert der Harnuntersuchung in der Dermatologie 25.
Hartmann 139.
Harttung 66. 253. 255. 306.
Hartzel 22.

Haues, Frédéric M. 513.
Haury 251. 256. 305.
Havasz 233. 355. 530.
Hazzard, T. L., Hutnadel in der Harnröhre eines Mannes 367.
Hebra 8. 10. 12. 20. 21. 22. 180. 200. 275. 408. 547.
Hecht 406.
—, Hugo, Untersuchungen über hämolytische, eigenhemmende und komplementäre Eigenschaften des menschlichen Serums 93.
— Über Lymphogranuloma 547.
— und Hulles, Vergleichende Untersuchungen über die Streptokokken des Erysipels 277.
— Viktor, Lateiner, Mathilde, und Wilenko, M., Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 132.
— und Wilenko, M., Über die Untersuchung der Spirochaeta pallida mit dem Tuschverfahren 412.
Heiberg 330.
Heidenstamm 315.
Heidingsfeld, M. L., Vitiligo, ein neues Instrument zu deren Behandlung und zur Beseitigung entstellender Narben und Tätowierungen 46.
— Flüssiger Kohlensäureschnee in der Dermatologie 124.
— und Ihle, C. A., Kohlensäureschnee: Ein weiterer Beitrag zu den Resultaten seiner Anwendung bei Naevus, Tätowierung, Lupus erythematosus und anderen Dermatosen 506.
Heim, F., und Pautrier, L. M., Experimentelle Erzeugung einer professionellen Dermatose der Seidenindustrie 515.
—, Gustav, Entgiftung des Körpers bei akuten Exanthemen 517.
Heimann 396.
Heiser, V. G., Die auf den Philippinen beobachtete Lepra und deren Behandlung 561.
Heitzmann 8. 21.
Helferich 48.
Heller, Diphallus beim Menschen und beim Rinde 500.
— 60. 137. 375.
Helmuth, E., Über Versuche mit „Vilja-Creme“ 472.
Hemmerig 256.
Henoch 127. 404. 512.
Hensel, H., und Arning, Ed., Pseudoleukaemia cutis 466.
Herman, Martin 50.
Hermann 88.
Herring, H. T., Die neuere Entwicklung des Katheters 174.
Herrmann, Paralytikerkinder 474.
Hertmanni, Beiträge zur Lebensdauer der Spirochaeta pallida 492.
Herxheimer 38. 191. 202. 306. 452.
Herzog, H., Über die Erkrankung der Lidhaut des Menschen bei Invasion von Demodexmilben, nach Befunden an Augenlidern von Trachomkranken 47.
— 382. 396.
Heubner 554.
—, O., Über die Differentialdiagnose der akuten exanthematischen Krankheiten 517.
Heuss, Ernst 56. 59. 530.
Heyden 217.
Heymann, Arnold, Kasuistische Mitteilungen 360.
Higbee 137.
Hjorts, Jens Johan 318.
Hirsch 80. 253. 256. 306.
Hirschberg, Über Thyresol, ein neues internes Antiblennorrhoicum 87.
— Geschlechtskrankheiten und das Sehorgan 175.
— 167.
—, M., und Biehler, R., Lepra der Knochen 169.
Hirschmann, Radikaloperation einer totalen Blasenspalte durch Implantation der Ureteren in die Flexur 358.
—, M., und Biehler, R., Lepra der Knochen 267.
Hoche 559.
Hochsinger 217.
Hock, Zur Diagnose der Prostatatumoren 501.
*Hodara, Menahem, Histologische Untersuchung eines Falles von Dermatitis herpetiformis, Varietät pustulosa et erythemato-ulcero-crustosa 141. 196. 307
— 68. 547.
Hodgson 185.
Hoehne, Fritz, Über die Bedeutung der positiven Wassermannschen Reaktion 24.
Hoffmann 220. 327. 365.
—, Erich, Parasitenbefunde bei menschlicher Syphilis 114.
— Über einen mehrere Jahre hindurch beobachteten Fall von Lichen sclerosus 467.
— Reinkultur von Spirochäten 353.
— Die Ätiologie der Syphilis 543.
— 339. 413.
— und Halberstädter, Ludwig, Histologische Untersuchungen einer durch Filaria volvulus erzeugten subcutanen Wurmgeschwulst 365.
Hofmann, Karl von, Untersuchungen über das menschliche Sperma 271.
Holländer 23.
Hollmann, Harry T., Eukalyptus bei Lepra 180.
Holmberg, Ein Fall von Osteomyelitis blennorrhoica 378.

Holmboe, Geschichte der Lepra in Norwegen 335.
Holzknecht 27.
Holzmann, W., Scharlach und Wassermannsche Syphilisreaktion 552.
Hopf, Fr. E., Referat 307.
Hopkins, John 337.
Hottinger, Zur Lokalisationsdiagnose der Nierentuberkulose 500.
Houssiau, Über Cervicitis blennorrhoica und ihre Behandlung 86.
Hudelo und Emery, Eingeweidesyphilis 461.
Hübert, E., Mafsregeln gegen Verbreitung der Lepra 332.
Huhner, Max, Klinische Blennorrhoe des Mannes 83.
Hulles und Hecht, Vergleichende Untersuchungen über die Streptokokken des Erysipels 277.
Hunter, Thomas 288.
Hutchinson 28. 116. 186. 210. 249. 255. 384. 466. 544.
—, Jonathan 287. 288. 302. 305. 308. 322. 396. 425.
—, J. jr., Über Autoinfektion und Reinfektion bei Syphilis 406.
Hutinel, Meningeale Reaktionen bei den Kindererythemen 124.
— 496.
—, V., und Rivet, Lucien, Schwere Septikämien im Laufe von Hautkrankheiten bei Kindern 92.
Hyde, B. Clark, Eine Tuchnadel in der Harnröhre eines Mannes 70.
—, James Nevins, Kongenitale Alopecia als eine Erscheinung von Atavismus 211.
— 306. 317. 383. 396.

Jacob 23.
Jacobs 357.
Jacobsohn, Schwarzbraune Pigmentierungen 60.
— Addisonsche Krankheit 60.
— Vitiligohöfe um Naevi 60.
Jacobson 396.
Jacobsthal und Rammstedt, Über Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen 473.
Jacoby, S., und Kollmann, A., Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates 502.
Jacod, Maurice, Die Otitis media bei Varicellen 557.
Jacoulet, F., und Mauclaire, P., Bemerkungen zu einem Fall von Pustula maligna 277.
Jacqué 311. 352.
Jacques s. Saint Jacques.
Jacquet, L. 26. 468. 547.
Jadassohn, Lupus erythematodes 354.
— 169. 212. 232. 250. 255. 305. 306. 314. 363. 384. 397. 546.
Jambon 26.
—, A., und Nicolas, J., Behandlung des Ekzems mit Steinkohlenteer 31.
— — Beitrag zum Studium der Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis mit einer typischen und atypischen Beobachtung 456.
Janet 69. 83.
Janowsky 2.
Jaquet 469.
Jarisch 10. 22. 200. 201. 208. 247. 306. 444.
Ibrahim und Tefik, Beitrag zur Frage des Urobilins 359.
Jeanselme, Die Alopecien 46.
— Hereditäre und akquirierte Syphilis 183.
— Syphilitische Gummen 188.
— Kampf gegen die Lepra in den französischen Kolonien 308.
— 313. 316.
Jefferson, Thomas 134.
Jehle 77.
Jelzina 266.
Jenner 134. 137. 138. 559.
Jerusalem, Max, Ein Fall von totaler Epispadie der Urethra 52.
Jessner, S., Hauttuberkulose (Lupus vulgaris usw.) einschliefslich Tuberkulide und Lupus erythematodes 274.
Ihle, C. A., und Heidingsfeld, M. L., Kohlensäureschnee: Ein weiterer Beitrag zu den Resultaten seiner Anwendung bei Naevus, Tätowierung, Lupus erythematosus und anderen Dermatosen 506.
Jida, J., Demonstration von Naevus systematicus und Keratosis follicularis 120.
Iliescu, M. O., und Oreviceanu, Drei Fälle von Harnretention infolge von indirektem Trauma der Wirbelsäule 369.
Inouye, S., Über die Wirkung von Euguformlebertran bei der Cystitis tuberculosa 120.
— Über die Infektion von Lepra 120.
— 312.
Joachim, Georg, Ein Beitrag zur Behandlung der Seborrhoe, Komedonen und Akne des Gesichts 32.
— Über Behandlung der Alopecie mit ultravioletten Strahlen 282.
— Bedürfen wir innerer Mittel zur Beseitigung kosmetischer Hautleiden? 421.
— Eine neue Form des Holzessigs für die Hygiene und Therapie der weiblichen Genitalien 472.
Jodlbauer 560.
Johannidès, Drei Fälle von Syphilis 179.
John, Felix, Reinfectio syphilitica 223.

Johnsohn, W. J., und Ross, George M., Die Behandlung des Erysipels mittels Impfung mit spezifischer Vaccine 39.
Johnson 249. 256. 305.
Johnston 256.
—, James C., und Schwartz, Hans J., Studien über den Stoffwechsel bei gewissen Hautkrankheiten 89.
— — Untersuchungen über den Stoffwechsel bei einigen Hautkrankheiten 116.
Joltrain, Serodiagnose der Syphilis, Seroagglutination, Wassermannsche Reaktion, Technik und Resultate. Theoretische und kritische Studien, Modifikationen und Vereinfachungen, Methode von Noguchi 461.
— und Druelle, Zosterartige Syphilide 179.
Jones 76. 77.
—, F. W., Die durch die Millepora erzeugten Hautläsionen 515.
*Jordan, Arthur, Ein Beitrag zur Frage der praktischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis 339.
— Zur Statistik der Arthritis blennorrhoica 85.
— Referate 27. 40. 41. 69. 72. 128. 132. 174. 181. 185. 189. 190. 233. 364. 378. 413. 421. 463. 470. 491. 509. 554. 555.
—, K. F., Darwins Bedeutung für die Sexualwissenschaft 222.
Joseph, Max, Über Pitral, ein farbloses Präparat aus Nadelholzteer 453.
— 12. 22. 119. 192. 196. 200. 248. 258. 350. 382. 383. 384. 390. 391. 395. 397.
— 531.
Josserand, Nové, Behandlung der schweren Formen von Hypospadie und Epispadie mit Tunnelisierung und Transplantation 459.
— und Laurent, Das chronische trophische Ödem (Trophoedème chronique) 125.
Isabolinski, Zur klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion 189.
Israel 74. 462. 500.
Ito, T., Zwei Fälle von Porokeratose 120.
— Beiträge zur Pathologie von Noma 120.
*Judin, P., Die Anordnung der Bestandteile in der Hornzelle 147.
— 157. 158.
Juge, Fulguration und Chirurgie des Carcinoms 280.
— 42.
*Juliusberg, Fritz, Zur Endotheliomfrage 107.
— Pigmentierung 159.
— Plattenepithelcarcinom 159.
— Beitrag zur Kenntnis der Syphiloides post-érosives 547.
— 61. 111. 159. 306. 451.
Jung 55.
Jungmann, Alfred, Über Wert und Bedeutung der operativ-plastischen Lupusbehandlung 209.
— Klinische Ausführungen zur Kromayerschen Quecksilberlampe 209.
Justus 355.
Iványo, E., Primärsklerose am linken unteren Augenlid 227.
Iwanoff, Lupus vulgaris 61.
— Folliklis 204.
— Fibroma molluscum 205.
— 62. 205.

Kabisch, Levurinose und Hefeseife und ihre Bedeutung in der ärztlichen Praxis 506.
Kahler 397.
Kalindero 314.
Kamprath, Robert, Erfahrungen mit wasserlöslichen „Alcuentasalben" 123.
Kanitz, Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum 355.
— Mikroskopie des Blutes bei Lues 355.
Kaplan, Benjamin, Zur Frage des Scharlachs 520.
Kaposi 2. 8. 10. 12. 20. 21. 22. 164. 200. 207. 238. 247. 249. 305. 355. 383. 384. 397. 425. 447. 523. 530.
Karaffa-Korbut, Pyonephrosis gravidarum 271.
Karg 237. 238.
Karnitzki und Wainstein, Ein Fall von Leprom der Hornhaut 181.
Kaufmann 5.
Kayserling 88.
Keating-Heart 42. 280.
Keen 136.
Keller, K., Tabes ohne Lues im jugendlichen Alter 228.
—, William L., Eine neue Operation des eingewachsenen Nagels 128.
Kermorgant 309. 316.
Keysselitz und Mayer, Über Zellveränderungen in inneren Organen bei Variola 559.
Khautz, A. v. jun., Anurie bei Douglas-Absceſs 75.
Kienböck 27. 474.
Kikuzi 382. 397.
Kilbane, E. F., Phosphatstein der hinteren Harnröhre 70.
Kingsbury, Jerome, Die Konjunktivalreaktion bei gewissen Hautkrankheiten 213.
Kinoshita, T., Über die Komplikation und die Metastase des Trippers 120.
Kirchner, Die Schutzmaſsregeln gegen die Lepra seit 1897 in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten 308.
— 308. 325.
Kirković 4.

Kirsch, H. 160. 397.
Kitagawa, T., Über Prostatahypertrophie 271.
Kitasato, Die Lepra in Japan 311.
Kiwull, Nastinbehandlung 327.
Klausner, E., und Kreibich, C., Über exsudative Mastzellen 207.
Klemm, Paul, Die kongenitalen Hauteinstülpungen am unteren Leibesende 48.
Klingmüller, Die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten 424.
Klodnitzki 554.
Klotz, Hermann G., Periphere syphilitische Arteriitis 116.
— Multiple Dactylitis syphilitica 217.
— Ein Fall von Pemphigus, Tod im Kollaps 217.
— 218.
Kluger, Wladyslav, Ungewöhnlicher Fall einer Purpura fulminans bei einer Erwachsenen 127.
Knapp 382. 397.
Kneise, Kasuistisches und Instrumentelles 501.
Knott, John, Über spontane Verbrennung 140.
Knowles, Frank Crozer, Ungewöhnliche Fälle von Bromeruption bei Kindern 126.
— Herpes simplex 516.
Kobler, Die Lepra in Bosnien und der Herzegowina und ihre Bekämpfung 309.
— 314.
Koch 251. 260. 328. 500.
—, H., und Fuà, R., Zur Frage der Wassermannschen Reaktion bei Scharlach 132.
Köbner 202. 530.
Köhler, Alban, Theorie einer Methode, bisher unmöglich anwendbare hohe Dosen Röntgenstrahlen in der Tiefe des Gewebes zur therapeutischen Wirksamkeit zu bringen, ohne schwere Schädigung des Patienten, zugleich eine Methode des Schutzes gegen Röntgenverbrennung überhaupt 473.
Koehler, G., Ein Beitrag zur Onychogryphosis symmetrica congenita et hereditaria 46.
König, Über den Schutz der Wunde (bei Verletzungen und Operationen) vor den Infektionskeimen der benachbarten Haut 415.
Königstein, Lichen nitidus 164.
— Idiopathische Hautatrophie 168.
— Lichen scrophulosorum 168.
— Epidermolysis bullosa hereditaria 168.
Köster, Georg, Die Behandlung der Nervensyphilis 28.
Kogan 266.
Kohn, M. 397.
Kollecker, Erich, Über atypische Pityriasis rosea 545.
Kolokin, Argyrosis universalis 364.
Kolischer, G., Technik der suprapubischen Prostatektomie 74.
Kolle 189.
Kollmann 72. 84. 86.
—, A., und Jacoby, S., Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankheiten des Urogenitalapparates 502.
Koós, Aurel, 30 Fälle von Mongolenkinderflecken 44.
Koplik 555.
Kopp 347.
Kopytowski, Wladyslaw, Beitrag zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen in der gesunden Haut, hervorgerufen durch β-Naphtoleinwirkung 129.
— Beitrag zu anatomisch-pathologischen Veränderungen in gesunder Haut bei Lenigallol- und Eugallolwirkung 206.
Korsakoff 323.
Korschun 343.
— und Merkurjew, Die Technik wie die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis 189.
Kossak, Josef, Ein Fall von Morbus Werlhofii 514.
Kostmann, M., Über die interne Therapie der Blennorrhoe 87.
Kral 66.
Krassnoglasow 491.
Kraus 254. 303. 306.
—, Alfred, Über seltene Formen der Hauttuberkulose 182.
Krause 97.
Krauss, Frederick, Ophthalmia neonatorum 377.
Kredel, L., Über Wundscharlach 131.
Kreibich, Angioneurosen 354.
— 93. 200. 208. 232. 254. 306. 355.
— C., und Klausner, E., Über exsudative Mastzellen 207.
— und Sobotka, P., Experimenteller Beitrag zur Urticaria 452.
Kren, Akne teleangiectodes 163. 168.
— Pemphigus vegetans 164.
— Lupus erythematosus 168.
— Xeroderma pigmentosum 168.
— Erythema induratum Bazin 168.
— 11. 22. 136. 162. 164. 165. 410. 444.
Kretzmer, M., Neue Indikationen für Thioleum liquidum 124.
Kroenus, Die Behandlung unfreiwilliger Ureterläsionen und Unterbindungen 501.
*Kromayer, Hilfsinstrumente zur Elektrolyse 53.
— 63. 123. 191. 192. 195. 200. 209. 282. 393. 398. 399. 400.
Krompecher 107. 110.
—, E., Goldzieher, M., und Angyán, J., Protozoenbefunde bei Typhus exanthemathicus 518.

Kopeit, Photographien der Urethra posterior 500.
Krumbholz, Roderich, Ein Fall von Herpes zoster intercosto-humeralis 515.
*Krzysztalowicz, Franz v., Ein Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Keloide 381. 410.
— 364.
— und Siedlecki, Experimentelle Studie über Syphilis; Morphologie der Spirochaeta pallida 227.
Kubo 109.
Kudriawsky, Parapsoriasis 206.
— Tuberkulid 206.
— 266.
Kügler 10. 22.
Külbs, Über lokale Hautreize und Hautreaktionen 416.
Kümmell, Hermann, Pathogenese und Behandlung der Anurie 369.
Kugel, Eduard, und Csiki, Michael, Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe, insbesondere bei Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Adnexe 208.
Kuhn, Ein Fall von schwerem angioneurotischem Ödem 126.
Kulnew 205.
Kurewski 503.
Kurth, v. 520.
Kyrle 164. 444. 445. 450.

Ladd, L. W., und Russ, H. C., Wrights Vaccinetherapie, Mitteilung von Fällen 94.
Lafayette 83.
Laffont und Levy-Bing, Experimentelle Syphilis 119.
Lafitte 397.
Lailler 1.
Lain, W. S., Röntgenstrahlen bei Erythema multiforme 125.
Laitat, Endarteriitis obliterans bei einem Luiker 23.
Lalle, V., Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Chylurie 79.
Lallemand 359.
Lambkin, F. J., Die Behandlung der Syphilis mit Arylarsinaten 29.
Lamy 396.
Landois 238. 248.
Landsteiner 79. 122. 371. 372. 373. 374.
— Karl, und Donath, Julius, Hämoglobinurie und Hämolyse 79.
Landwehr, H., Purpura haemorrhagica fulminans mit Nekrosenbildung; Ausgang in Heilung 513.
Lang, Therapie des Lupus vulgaris 354.
—, Ed. 209.
—, Ewald, Ein Fall von Mykosis fungoides 36.
— 451.
Langhans 38. 331. 384. 397. 444.
Laroche, Guy, und Beurmann, de, Meningitis und Polyseritis leprosa 323.
— — Lepröse Leberschrumpfung 323.
— — Der Wert der Intradermoreaktion für die Dermatologie 496.
— — und Gougerot, Nicht anästhetische Leprome 324.
— und Queyrat, Beitrag zur Mikrobiologie der gangränösen Balanoposthitis 497.
Lassar, Oskar 160. 307. 464.
— -Cohn, Praxis der Harnanalyse 223.
Lasserre 179.
Lassueur 430.
Laszky, F., Arhovin als internes Mittel gegen Blennorrhoe 87.
Lateiner, Mathilde, Hecht, Viktor, und Wilenko. M., Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 132.
Latzko, Beiträge zur Ureterenchirurgie 500.
Laurent und Josserand, Nové, Das chronische trophische Ödem (Trophoedème chronique) 125.
—, C., und Nicolas, J., Polymorphe Akne mit strahlenförmiger Lokalisierung 496.
Lavenant, Die akute Blennorrhoe des Weibes 82.
— Die Behandlung der chronischen blennorrhoischen Vulvitis 379.
Lavinder, C. H., Die Ätiologie der Pellagra 511.
Lawrence, T. W. P., und Curtis, H., Ein Fall von Pfortaderthrombose verbunden mit Harnröhrenstriktur und doppeltem Mitralklappenfehler; letale Hämatemese 405.
Lawrey, Nicholas, Motorische Aphasie als Scharlachkomplikation 553.
Lazarewitsch 314.
Lebedew, Zwei Fälle von simulierten Veränderungen der Haut 128.
Ledermann, R., Die balneotherapeutische Unterstützung von Quecksilberkuren 29.
— 345. 473.
Leedham-Green, Beitrag zur Frage der konservativen Behandlung der Frühstadien der Nierentuberkulose bei Kindern 65.
Leers, Otto, und Raysky, R., Studien über Verbrühung 514.
Le Fort 69.
Lefranc 397.
Legrain, Emile 176.
Leguen, Die Vorbehandlung der Anurie bei Gebärmutterkrebs 64.
— Die latenten Blasentumoren 70.
— 81.
Lehmann 371.
—, W., Referate 33. 34. 41. 42. 46. 69.

79. 87. 88. 93. 118. 119. 130. 133. 135. 170. 175. 179. 211. 269. 271. 274. 284. 379. 413. 417. 453. 462 468. 473. 506. 512. 514. 519. 548. 549. 557.
Leikin, Harter Schanker der Nasenschleimhaut 364.
Leiner, Carl, Extragenitale Syphilisinfektion von Kindern 26.
— Alopecia congenita circumscripta 446.
— Disseminierte Folliclis 446.
— Dermatitis arteficialis 449.
— Lichen scrophulosorum 449.
— Meningitis tuberculosa 449.
Leishman 34.
Lejeune, A., Beitrag zur Behandlung der Verbrennungen 514.
Leloir 196. 200. 248. 256. 305. 397. 425.
Lemoine, G. H., und Linossier, G., Der Mechanismus der orthostatischen Albuminurie und Oligurie 78.
— — Die orthostatische Albuminurie 370.
Lenglet, Physikalische Therapie 355.
— 456.
— und Sourdeau, Schankerförmiges Syphilid oder Primärsyphilid bei Reinfektion? 498.
Leopold, B., Pruritus universalis nebst Pyloruscarcinom 338.
— Kryptogene universale Infektion von Purpura urticans 513.
Lepinay, Macé de, Dermatitiden pflanzlichen Ursprungs 128.
Lereboullet 338
Leredde 143. 199. 201. 249. 250. 256. 295. 305. 350. 383. 397.
Le Roy, Bernhard R., Die symbiotische Wirkung der Epithelzellen der Haut auf die Epithelzellen der Nieren, mit klinischer Studie 90.
Leroy 26. 397. 469.
—, Raoul, Die plastische Massage bei den Erkrankungen der Gesichtshaut 122.
—, Die plastische Massage bei verschiedenen Dermatosen des Gesichtes 468.
Lesieur, Ch., und Baur, L., Die Magendarmstörungen im Beginn der Scarlatina 182.
Lespinne, Skrophulo-tuberkulöse Lymphome 23.
— Demonstration von Patienten, welche mit Tuberkulin T. J. behandelt worden sind 357.
Lesser, Gedenkrede auf Ernest Besnier 60.
— Nachruf auf Bergh 159.
— Atoxylsaures Quecksilber 159.
— Sarcoma haemorrhagicum multiplex 204.
— 22. 27. 60. 129. 183. 219. 397.
—, Fritz 340. 345.
Lessersohn, Hugo 503.
Leszczynski, Roman v., und Mahl, Fryderyk, Über Tuberkulinimpfungen und -Einträufeln 409.
Leszczynski, Roman v., Über eine Lichen scrophulosorum-Eruption nach Tuberkulinimpfung 452.
Lett, H., Henochsche Purpura und Intussusception 512.
Letulle 35.
—, Maurice, Die Bilharziakrankheit der Harnorgane 272.
Levaditi 121. 185.
— und Roubinovitch, J., Die Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Dementia praecox 187.
— und McIntosh, Die Kultur der Spirochaeta pallida 413.
Levin, Über Thyresol bei der Behandlung der Blennorrhoe 380.
— 397.
—, Isaac, Decapsulation der Niere und chirurgische Behandlung der Brightschen Krankheit 65.
Lévy-Bing, A., Die Technik der Quecksilberinjektionen 140.
— und Bizard, Die Quecksilber-Influenza 273.
— und Gaucher, Osteopathien der quaternären hereditären Syphilis 115.
— und Laffont, Experimentelle Syphilis 119.
Lévy-Franckel, A., Akute und chronische Aortitiden und das Atherom bei hereditärer Syphilis 548.
— und Danlos, Atypische Tuberkulose von der Form der Boeckschen Sarkoide bei alten Luetikern 407.
— — Tuberkulöses Papillom der Zunge 408.
Lewandowsky 330.
—, F., Referat 353.
— und Arning, Ed., Über den Nachweis nach Ziehl nicht färbbarer Leprabazillen durch Anwendung der prolongierten Gramfärbung nach Much 412.
Lewinsky 530.
Lewitt, M., Europhen zur Behandlung von Haut- und Geschlechtsleiden; ein Überblick über seine Verwendung bei Ulcus molle 123.
Lewtschenkow, Ein Fall von Atrophia maculosa cutis 174.
Leyberg, J., Beitrag zur pathologischen Anatomie des Harnröhrentrippers beim Weibe 82.
— Zur Saugbehandlung der Cervixblennorrhoe 117.
Ljaschenko, Die hereditäre Syphilis der Brustkinder und ihre Behandlung 185.
Licharew 491.
Lichtenberg, v., Über Pyelographie und Biocystographie 500.
Lie, II. Internationale wissenschaftliche Leprakonferenz in Bergen 502.
— 307. 308. 325. 326. 327. 329.

Lie und Hansen, G. Armauer, Die Geschichte der Lepra in Norwegen 318.
Liebermann 122. 343.
— und Maslakowetz, Zur Technik der Wassermannschen Reaktion 190.
Lifschütz 504.
Linossier, G., und Lemoine, G. H., Der Mechanismus der orthostatischen Albuminurie und Oligurie 78.
— — Die orthostatische Albuminurie 370.
Lipmann-Wulf, Dariersche Dermatose 159.
Lipschütz, Herpes zoster generalisatus 162.
— Spätsyphilid 163.
— Lichen ruber verrucosus 163.
— Psoriasis und Lues 163.
— Adenom, Hypertrophie der Talgdrüsen, oder Naevus sebaceus? 167.
— Gumma 168.
— Lichen ruber planus 168.
— Lichen scrophulosorum 446.
— Epitheliom, Tuberculosis verrucosa 447.
— Eigenartiges Anschwellen der Mammillen 450.
— Lichen chronicus Vidal 450.
— Molluscum contagiosum 451.
— 167.
Liron 397.
Liszt 284.
Litthauer, Über den Einfluſs einer Nierenerkrankung auf die Zuckerausscheidung beim Diabetes 500.
Little 455.
—, E. G. G., Ein Fall zum Diagnostizieren 404.
— Ein Fall von Lichen scrophulosorum von ganz ungewöhnlicher Ausdehnung und Lokalisierung 405.
— Ein Fall zum Diagnostizieren (Urticaria pigmentosa?) 465.
Liveing 8.
Livierato, Spiero, Über die Ätiologie des Scharlachs 519.
Li Virghi, Girolamo, Das Aniodol in der Urologie 51.
— Initiale Hämaturie 371.
Loeb, Fritz, Referate 38. 41. 130. 186.
Löw, Leopold, Über eine seltene Lippenaffektion 118.
— Über Tholassotherapie der Hautkrankheiten 472.
Löffler 451. 554.
Löw 448.
Loewenfeld, L., Über sexuelle Träume 222.
Loewenhardt, Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit des Harnes 500.
Lohnstein, Über die Leistungsfähigkeit der Irrigationsendoskopie bei chronischer Urethritis 84.
— Diagnostik und Therapie der chronischen proliferierenden Urethritis 360.
Lohnstein, Kasuistik der Incontinentia urinae 501.
— Über eine Urethroskopkürette mit galvanokaustischer Vorrichtung zur Zerstörung von Urethraltumoren 501.
Loiselet und Gaston, Über das Vorkommen von Hefepilzen bei zwei Fällen von Onychomykose von trichophytärem Aussehen 496.
— Zwei Fälle von schwarzer Zunge nach dem Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd zum Mundspülen; Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung 496.
Lombardo, C., Eine einfache und schnelle Methode des mikrochemischen Nachweises von Quecksilber im Urin 116.
— 499.
Lombroso 180.
Long 81. 82.
Lop, Drei Fälle von Malum perforans der Planta pedis mit Nervendehnung behandelt. Heilung ohne Rezidiv 130.
Lorey, Bakteriologische Untersuchungen bei Masern 555.
Loumeau, E., Tumor des vorderen Harnröhrenteils 459.
Louste, Gaucher und Christin, Nekrotisierende Papulotuberkulide 497.
— — und Druelle, Hydroa vacciniforme 407.
Low, R. Cranston, Die Hauttuberkulinreaktion bei Hautkrankheiten 419.
— Casus pro diagnosi 466.
— und Walker, Norman, Dermatitis gangraenosa infantum 466.
Lowe, Thomas, Akne vulgaris unter Berücksichtigung der Behandlung 269.
Loxton, A., Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels einer Antigonokokkenvaccine 411.
Loygue, G., Syphilitische Infektion oder merkurielle Intoxikation? 183.
Lozano, Pablo, Sarcoma giganteum des linken Hodens bei einem sechsjährigen Knaben 73.
Lubarsch 248. 521. 530. 531.
Lucet 34.
Luda, Georg, Linoval, eine neue Salbengrundlage 124.
Luer 85.
Lüth, Wilhelm, Indikationen für Kromayers medizinische Quarzlampe 123.
Lugol 402. 412.
Luithlen 200.
Lumière 162.
Luna, E., Die Darmleiden syphilitischer Natur 28.
Lustwerk, E., Zur therapeutischen Verwendung des Jodipins 472.
Lutaud 362.
Lutz 318. 497.
Luys 376.
Luzatto 487.

M'Call Anderson 22.
MacDonath, J. E. R., Die Methode, die Spirochaeta pallida durch die Dunkelfeldbeleuchtung zu demonstrieren 454.
Macfadyen 113.
McIntosh und **Levaditi**, Die Kultur der Spirochaeta pallida 413.
M'Kaig, Andrew, Ein merkwürdiger Fall von Phimosis 51.
MacKee, George M., Fulguration — die lokale Applikation von Hochfrequenzströmen mittels einer spitzen Metallelektrode — deren Anwendung in der Dermatologie 218.
M'Kendrick, J. Souttan, Fall von möglicher beginnender Addisonscher Krankheit 281.
Mackinney, William H., und **Uhle, Alexander A.**, Originelle Gedanken über Pathologie und Therapie der chronischen Blennorrhoe 84.
McLean, N. T., und **Mink**, O. J., Über Gangosa nebst einigen Zusätzen 112.
Macleod, J. M. H., Drei Fälle von Ichthyosis follicularis, verbunden mit Kahlheit 170.
— Die pathologische Anatomie der Lepra 331.
— Zwei Kulturen von Trichophyton microsporon von Trichophytie bei Mutter und Kind 405.
— Ein kurzer Überblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über Bakteriologie und pathologische Anatomie der Lepra 493.
— 256. 306. 425. 426.
MacMurtry, Charles Wood, Die Anwendung einer gedruckten Karte bei der Serumdiagnose der Syphilis 188.
Madinaveitia, J., Der Typhus exanthematicus 139.
Magawly 181.
Magni, Egisto, und **Favento, Piero de**, Über die Analogie, die zwischen heterotopischen Schmerzen bei chronischer Prostatitis und den Schmerzpunkten bei gewissen Formen der chronischen Metritis besteht 174.
Magnus-Levy, A., Chylurie und Diabetes 370.
Magrath 135.
Mahl, Fryderyk, und **Leszczynski, Roman**, Über Tuberkulinimpfungen und -Einträufeln 409.
Majewski und **Motz**, Prostatacarcinom 176.
Majocchi 172. 180.
Malinowski, Felix, Syphilis 225.
— F. 238. 248.
Malpighi 88. 324.
Mallanah, S., Die Behandlung von Eiterbildung durch Vaccine 474.
Mangubi, Zur Frage der Tripperkomplikationen — Entzündung der Cowperschen Drüsen 68.
Manson 32. 113.
Mantegazza 173. 249. 252. 256. 257. 295. 306. 315.
— Zwei Jahre der dermosyphilitischen Klinik Pavia 498.
—, M., Beitrag zum Studium der Hämolysine und der Agglutinine der Staphylokokken in der Dermatologie 93.
—, U., Über zwei Fälle von fuso-spirillärer Symbiose 40.
— Die Anwendung der Stauungshyperämie bei einigen venerischen und Hautkrankheiten 94.
Mantoux 182. 496.
Maramaldi, Luigi, Die Hämorrhoiden und ihre Behandlung 45.
— Allgemeine Behandlung der Syphilis 281.
Marcano 325.
Marchands 417.
Marchoux 322.
Marcozzi, Vincenzo, Eine neue Methode der Hydrocelenbehandlung mit Magnesiumdraht 176.
Marcus 122.
Marcuse, Max, Hermaphroditismus beim Menschen 222.
Maret 8. 9. 22.
Marianelli 200. 202.
Mariani, Ein ungewöhnlicher Fall von ulceriertem venerischem Bubo 41.
— Über Sarcoma idiopathicum Kaposi 172.
Marie 397.
Markuse, Ernst 503.
Marmorek 470. 519. 554.
Marschalkó, Wassermannsche Reaktion 354.
— 208.
Martinet, Alfred, Soll man Tee, Kaffee und Schokolade bei Leuten, deren Harn spontan Harnsäure ausscheidet, verbieten? 75.
Martinotti, Über Mongolenflecke 499.
— **Leonardo**, Über Gruppenstellung der Haare in weichen Naevis 211.
Martiri, Die Bakteriologie der Purpura haemorrhagica 513.
Marx 11. 22.
Maslakowetz 122. 343.
— und **Liebermann**, Zur Technik der Wassermannschen Reaktion 190.
Massei, L., Die Syphilis und die malignen Tumoren der Halsorgane 461.
Massini und **Bloch**, Studien über Immunität und Überempfindlichkeit bei Hyphomycetenerkrankungen 419.
Matagne, Die Fulguration in Behandlung des Carcinoms 42.
Matzenauer 121. 238. 247.

Mauclaire, P., und **Jacoulet**, F., Bemerkungen zu einem Fall von Pustula maligna 277.
Maugeais, Einflufs einer kranken Niere auf die Niere der anderen Seite 458.
Mauriac, P., und **Fieux**, Tödliche Übertragung einer lange nach der Konzeption akquirierten Lues auf den Fötus 184.
Mauté, A., Die Vaccinetherapie der Furunkulose 278.
Mayer und **Keysselitz**, Über Zellveränderungen in inneren Organen bei Variola 559.
—, **August**, Ein in der Schwangerschaft rezidivierendes Ulcus der grofsen Labien 25.
—, H. 492.
Mazo, Garcia 464.
Mazza, G., Über Lymphangitis blennorrhoica ulcerosa 172.
— 315.
Meder, E., Über eine erfolgreiche Variolaübertragung auf das Kalb 558.
Medowikow, Eine erneute Erkrankung an Masern nach drei Monaten 555.
Meier, L. 344.
—, **Georg**, Serologische Untersuchungen bei Lepra 329.
— 329.
Meige 125.
Meirowsky, E., Über Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut 88.
— Die Schürmannsche Methode des Luesnachweises mittels Farbenreaktion 225.
— 226.
Meissner 397. 530.
Melle, Primäres Auftreten von Lepra unter dem Bilde einer lupusähnlichen Syphilis tardiva der Nase und Oberlippe 173.
Mendelssohn, Moses 559.
Meneau 249.
—, J., Die Mikrobiologie der Syphilis 222.
— 67.
Menge 208.
Mentzikovsky, Die beiden Arten von Incontinentia urinae und ihre Behandlung 50.
Mercier 177.
Merck 119. 190.
Merignac 520.
Merk, Ludwig, Die Hauterscheinungen der Pellagra 179.
Merkurjew 343.
— und **Korschun**, Die Technik, wie die praktische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis 189.
Merrill, Theodor C., Ein Fall von Purpura 127.
Merz 346.
Meschtscherski s. Metscherski.
Metscherski, Ein Fall von Darierscher Krankheit 68.
— Ein Fall von universellem Sklerom mit Sklerodaktylia mutilans 174.
Mewborn 66.
Meyer, Ausscheidung von Blut durch die Niere 458.
— 139.
—, **Erich** 374.
—, und **Emmerich, Emil**, Über paroxysmale Hämoglobinurie 371.
—, **Ludwig**, Ein Beitrag zur Theorie und Technik der „Wassermannschen Reaktion“ und zur Wertbemessung der geprüften Seren 229.
— Kaltkauter 543.
—, **Ludwig** F., Die Vaccineübertragung und ihre Verhütung 139.
— Einige Bemerkungen zu der Arbeit von F. Proskauer: Über die Acetonurie bei Scharlach 552.
— 552.
—, N. 503.
— -**Wedell, Lilli**, und **Schumm**, O., Über die von J. Tsuchiya angegebene Methode zur Bestimmung von Eiweifs im Harn 373.
Mezincescu, D., Hodensyphilome bei Kaninchen nach Impfung mit syphilitischem Virus 186.
Mibelli, Entwicklung von Hautgummata an Kalomelinjektionsstellen 172.
— Favus am eigenen Körper 173.
— 159. 349. 351. 355. 397.
Michailow, Neue Tatsachen über die Ätiologie der sexuellen Neurasthenie bei Männern 72.
Midy 45.
Miekley, Lues maligna mit Hepatitis interstitialis 204.
Mihara, S., Über die Wirkung der Heifsluftbäder gegen Epididymitis blennorrhoica 271.
Milian, G., Wann soll die Behandlung der Syphilis beginnen? 226.
— 350.
— und **Neveux**, Brown-Séquardscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs mit syringomyelieähnlichen Sensibilitätsstörungen 274.
Miller, Charles, Die Entfernung der kongenitalen Naevi 26.
—, **Clifton** M., Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens 270.
Millon 56. 58.
Mills, G. P., Purpura haemorrhagica mit Attacken von Kolik infolge von intestinalen Exsudationen 513.
Milroy 125.
Mine, M., Demonstration von Lupus erythematosus 120.
Mink, O. J., und **McLean**, N. T., Über Gangosa nebst einigen Zusätzen 112.

Minne, Ein noch unbeschriebener, flüchtiger, auf Reiz hervortretender Ausschlag bei einem Syphilitiker 23.
— Fibromatosis lymphangiectatica und Neurofibromatosis 23.
— Das Mikrosporon Audouini und dessen Übertragbarkeit auf Tiere 23.
— Fibroma molluscum cutis multiplex, von Recklinghausensche Krankheit 357.
— Atypischer Herpes zoster 357.
— Endolymphatische, plexiforme, primäre und sekundäre Endotheliome der Haut 357.
Minot, Wilsonscher Lichen am Thorax und am linken Arm. Verteilung der Elemente entsprechend dem Verlauf der Hautnerven wie beim Herpes zoster 67.
Mironowitsch 27.
Miropolski, In Anlaſs des Artikels von Dr. Mironowitsch: „Zur Übertragung der Blennorrhoe auf die Tiere" 27.
Mitaftsis 314.
Mitsuda, K., Demonstration der mikroskopischen Präparate der Nephritis leprosa 120.
Mittler, Rudolf, Beitrag zur Ulcus cruris-Therapie 45.
Moberg 397.
Mollow, W., Über Vorkommen von Mundschleimhautpigmentierung 412.
— Ein Fall von Akromegalie und Pellagra 512.
Moore 375.
—, **Harvey** A., Doppelkatheter für Irrigation und Drainage 366.
—, **Harvin Cooper**, Neger-Albinos 270.
—, J. J., Empfehlung einer weniger expektativen Behandlung an akuter Blennorrhoe 411.
Monro, F. K., Ein Fall von Schiffer-Beriberi mit erythematösem Ausschlag 509.
Montenbruck, Über einen Fall von akutem Hydrops der Gallenblase bei Scharlach 553.
Montesano, Ein Fall von Pseudoarea Brocq 173.
Montgomery, Douglas M., Scabies 34.
—, **Douglas** W., und **Morrow, Howard**, Die Zunahme einiger ansteckender Krankheiten im Gefolge der groſsen Feuersbrunst zu San Francisco 494.
Moreira, Geisteskrankheiten bei Leprakranken 323.
Morelle, A., Primärsyphilid des Kinnes 23.
— Naevus verrucosus zoniformis unilateralis 23.
Moro 207. 373.
Morosoff, Parapsoriasis 266.
Morris 383. 397.
*—, **Malcolm**, Die Behandlung des Lupus erythematosus 425.
Morris, Malcolm 22. 305. 354.
Morro 165.
Morrow 317.
—, **Howard**, und **Montgomery, Douglas** W., Die Zunahme einiger ansteckender Krankheiten im Gefolge der groſsen Feuersbrunst zu San Francisco 494.
—, **Prince** A., Blindheit der Neugeborenen, Prophylaxe durch Erziehung des Publikums 376.
Morse, John Lovett, und **Crothers, Browson**, Der Urin bei Kinderkrankheiten 74.
Morvan 268.
Mosay 187.
Moser 519. 554.
Moskalew, Ein Fall von Selbstmordversuch, veranlaſst durch Infektion mit Syphilis 174.
Motherby 559.
Mott 200.
Motz u. **Majewski**, Prostatacarcinom 176.
Mouriquand, G., und **Weill**, E., Ichthyosis und Schilddrüse 32
— — Die Conjunctivaldiphtherie nach Röteln 36.
— — Scarlatinöse Staphylokokkenmeningitis 553.
Mraček 200. 202. 306. 383. 397.
Much 163. 328. 330. 412. 449.
Mucha, Viktor, Urticaria chronica papulosa 467.
Mühlens, Reinzüchtung einer Spirochäte (Spirochaeta pallida?) aus einer syphilitischen Drüse 414.
— 353. 545.
Müller, Lichen ruber planus 163.
— Sklerodermie en plaques 165.
— Lichen scrophulosorum 165.
— Lues pustulosa maligna 165.
— 167. 202. 367.
—, **Leo**, und **Graefe**, E., Beiträge zur Kenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie 79.
—, O., Ein eigenartiger Fall von Naevus ad genitale et ad anum (Naevus xanthelasmoides) 207.
—, V., Lues und Tuberkulose 227.
Müllern-Aspergren 383. 397.
Mulzer und **Uhlenhuth**, Hodenimpfungen mit Syphilis an Kaninchen 61.
Murphy, J. B., Behandlung des varikösen Ulcus mittels Beinschiene 45.
Myers, Lotta Wright, Ein milder Fall von Sclerema neonatorum 213.

Näcke, P., Noch einige Bemerkungen zur sexuellen Abstinenz 222.
Naegeli-Akerblom und **Vernier**, Zur Diagnose und Therapie der Tuberkulose der Harnwege 50.

Nagelschmidt, Über die Resorption und klinische Anwendung von Jothion 505.
— 27. 282. 410.
Nakajima, A., Demonstration von Pityriasis rubra Hebrae 120.
Nakano, H., Ein Fall von Erythema nodosum 120.
—, S., Ein Fall von interessanter Harninfiltration 120.
—, und Dohi, Klinische und bakteriologische Studie eines Hautgeschwürs im Gesicht 120.
Nasse 397. 530.
Naumann, L., Über maligne Blennorrhoe der Neugeborenen 84.
Necker 175.
Neelsen 397.
Neish 317.
Neisser 27. 121. 188. 200. 208. 234. 305. 319. 413. 451. 453. 547.
—, A. 339. 343. 346. 347.
Nekam 355.
Nelaton 264.
Nemeth, K., und Posgay, St., Die Schürmann-Reaktion und Lues 230.
Noncioni Über die Wirkung des Atoxyls bei Syphilis 173.
Nernst 55.
Neubauer, J., Die moderne Blennorrhoebehandlung und ein neues internes Heilmittel 87.
Neuber, A., Über den Gebrauch der elektrisch hergestellten Kolloidmetalle 471.
—, E., und Goldzieher, M., Rhinoskleromuntersuchungen 277.
—, E., und Guszmann, J., Wert der Wassermannschen Reaktion in der Praxis 230.
Neugebauer 222.
Neumann 8. 21. 66. 202. 384.
—, E. 503.
Neusser, E. 179.
Neve 316.
Neveux und Millian, Brown-Séquardscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs mit syringomyelieähnlichen Sensibilitätsstörungen 274.
Newmann 397.
Nicol, J. Wyllie, Ein Fall von Dermatitis repens 231.
Nicolai 397.
Nicolas 26.
—, J., und Jambon, A., Behandlung des Ekzems mit Steinkohlenteer 31.
— — Beitrag zum Studium der Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis, mit einer typischen und atypischen Beobachtung 456.
—, und Laurent, C., Polymorphe Akne mit strahlenförmiger Lokalisierung 496.
Niessen, M. v., Syphilis beim Kaninchen, erzeugt mit der Reinkultur des Syphilisbacillus von Niessen 115.
— 115.
Nichols, Henry J., und Phalen, James M., Hautblastomykose auf den Philippinen 38.
Nicolich, Giorgio, Anatomischer und histologischer Bericht über eine Niere, an der neun Jahre zuvor die Nephrolithotomie ausgeführt worden war 462.
Nicolle 35.
Nitze 64. 358.
Nobl, G., Neuere Leitsätze zur hypodermatischen Syphilisbehandlung 29.
— Zur Kenntnis der Variola verrucosa 135.
— Disseminiertes akneiformes Tuberkulid 162.
— Acrodermatitis atrophicans 164.
— Wassermannsche Reaktion 354.
— Moulagen 443.
— Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea 443.
— Dystrophische Form von Epidermolysis bullosa 443.
— Erythema induratum Bazin 443.
— Lupus erythematosus, Skrophulotuberkulose 443.
— Multiples benignes Sarkoid Boeck 443. 444.
— Baunscheidtismus 450.
— 9. 10. 21. 22. 164. 165. 166. 167. 306. 444. 445. 446. 449.
Nocard 414. 451.
Noda 373.
Noguchi 122. 337. 456. 461.
Nogués, Wahl der Sonden 175.
— Inkontinenz hysterischer Natur 175.
— und Albarran, Vesikale Retentionen, die nicht durch ein mechanisches Hindernis bedingt und nicht von Affektionen des Nervensystems abhängig sind 175.
— — und Pasteau, Behandlung der Prostataabscesse 175. 176.
Nohl, E., Zu den Beziehungen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten 417.
Nothmann, Hugo, Über lordotische Albuminurie 78.
Nouell, J., Drei Fälle von Osteoperiostitis blennorrhoica des Calcaneus 464.
Nové-Josserand s. Josserand, Nové.
Noyes 530.
Nyström 222.

Oberlaender 72. 86.
Obraszoff 62.
O'Brien, John R., Allosan 380.
Oettinger, W., und Hamel, H., Bemerkungen zu zwei Fällen von akuten syphilitischen Meningitiden 187.

Ohkoshi, T., Demonstration von Psoriasis vulgaris 120.
— Über die Wirkung der Tuberkulinsalbe für Lupus vulgaris 120.
— Ol. Camelliae zum Suspensieren des Salicylquecksilbers 121.
Ohno, T., Über die Adrenalintherapie bei Harnretention durch die Prostatahypertrophie 120.
Olivares, L., Einige Bemerkungen zu der gegenwärtigen Epidemie von Typhus exanthematicus 519.
Oppenheim, M., Über die Ursache der Maculae caeruleae 118.
— Lupus miliaris disseminatus 163. 169.
— Lues corymbosa 163.
— Pityriasis lichenoides 166.
— Toxisches bullöses Erythem 167.
— Cutis capitis gyrata 447.
— 48. 169. 355.
Oppenheimer, Die Nierentätigkeit und ihre Beziehungen zur funktionellen Diagnostik 500.
—, Siegfried, und Reiss, Emil, Untersuchungen der Blutkonzentration bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis 551.
— 555.
Oreviceanu und Iliescu, M. O., Drei Fälle von Harnretention infolge von indirektem Trauma der Wirbelsäule 369.
Orimo, T., Demonstration von Verrucae planae juveniles und Ichthyosis serpentina 120.
d'Ornellas 116.
Orlowski, Die Schönheitspflege 274.
— Über Colliculushypertrophie und Colliculuskaustik 359.
Ormsby 256. 306.
—, Oliver, S., Zwei Fälle von Bromeruption, fälschlich für Blastomykosis gehalten 495.
Orsenigo, C., Einige Resultate der Cutis- und Ophthalmoreaktion im Gebiete der Dermatologie 182.
Orth, Johannes, Pathologisch-anatomische Diagnostik, nebst Anleitung zur Ausführung von Obduktionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen 364.
Ory 397.
Ostertag 531.
Oudin 277. 469.
Oyarzábal, E. de, Ein Fall von Lungentuberkulose mit Syphilis 465.
— Syphilis hereditaria tarda 465.

Pachner, Favus 451.
Padgett, Everette E., Einfluſs der Cystocele vaginalis auf Behandlung und Heilung der blennorrhoischen Cystitis 25.
Paget 121. 235. 236. 237. 238. 240. 242. 246. 247. 248.
Pagliai, Der plötzliche Tod bei Scharlach 551.
Palazolli 362.
Paltauf 182. 491.
Panella, Anormaler Beginn einer Psoriasis bei einer gichtischen Frau 499.
Papiantz, Leontine, Über die Rolle der Syphilis in der Ätiologie des Krebses 41.
Papin, Prostatektomie und sexuelle Funktionen 176.
— Die Anomalien der Niere und des Ureters vom chirurgischen Standpunkt aus 362.
— Anurie 458.
— Transplantation der Niere 458.
— und Gernez, Quer verlaufender Blasenschnitt 175.
Pappa, Die Steine des Ureters 175.
Pappenheim 242. 245. 524. 526.
Paquelin 369.
Parkinson, J. Porter, Drei Fälle von Henochscher Purpura 404.
Parrot 185.
Paschkis, Rudolf, Beiträge zur Kasuistik der Myome der Harnwege 174.
— Zur Kasuistik der Nierenbeckengeschwülste 359.
Pasini, Über das sogenannte „Adenoma sebaceum" (Pringle), den Naevus fibromatosus angiectaticus symmetricus des Gesichts 173.
— Die Wassermannsche Reaktion bei Keratitis parenchymatosa und beim Infantilismus 229.
— Über einige Bemerkungen von Prof. C. Lombardo zu meiner Arbeit: Demonstration der Spirochaeta pallida in den Zahnkeimen eines Hereditärsyphilitischen 499.
— 192. 194. 195. 196. 544.
Pasteau, Die Wahl der Cystoskope 175.
— Die Cystoskopie bei Cystitiden 175.
— Instrument zum Auseinanderhalten der Blasenwände bei der Operation von Blasenscheidenfisteln 175.
— Renale Schmerzpunkte 458.
— Lagerung der Kranken bei lumbalen Nierenoperationen 458.
—, Nogués und Albarran, Behandlung der Prostataabscesse 175. 176.
Pasteur 321. 451.
Pataky 8. 21.
Pater und Ribadeau-Dumas, Die kongenitale Syphilis der Nebennieren 185.
Pautrier, Mykosis fungoides mit Tumoren beginnend 67.
— 249. 255. 256. 295. 306. 350. 383. 397.
— und Brocq, Angiolupoid 355.

Pautrier, L. M., und Heim, F., Experimentelle Erzeugung einer professionellen Dermatose der Seidenindustrie 515.
— und Simon, Cl., Aseptische, eitrige, meningeale Reaktion im Anschlufs an eine Rachistovainisation. Intaktbleiben der polynukleären Leukocyten. Anschliefsender Herpes zoster. Heilung 515.
—, Brocq, L., und Fernet, P., Ulcerierende serpiginöse Dermatose mit multiplen Herden, ein Analogon zu den mit Coccidien verbundenen Dermatosen 498.
Pawlow, Ein Fall von sekundärem Riesenschanker, wie auch sonst zahlreichen sekundären harten Schankern auf dem Abdomen 463.
— 62. 205. 266. 530.
Pawlowsky, A. D., Über die Ätiologie der Noma 39.
Payenneville und Gastou, Seltene, trichophytieartige Affektion der Kopfhaut: Folliculitis decalvans mit den Erscheinungen einer Acne pilaris, kompliziert mit Furunkulose 495.
— — Über eine Familienepidemie von Favus im Anschlufs an Impetigo und Phthiriasis 496.
Peacock, Alexander Hamilton, Diagnose der chronischen Blennorrhoe beim Weibe 25.
Pedersen, James, Die Behandlung der akuten Blennorrhoe beim Manne 86.
— Gewöhnliche Irrtümer bei der Behandlung von Harnröhre und Blase 366.
Pelagatti, Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa 498.
— 306.
Pellier, Über den histologischen Befund der Gewebe nach Einspritzung von Oleum cinereum 66.
Pellizzari 257. 305. 315. 383.
Pernet 207.
—, G., Epidermolysis bullosa 517.
Perrin 382. 397.
Perrose, C. A., Lepra, speziell in Beziehung auf die Vereinigten Staaten, deren Kolonien und die benachbarten Bahamainseln 560.
Persson, G. A., Favus, behandelt mit Bakterienimpfungen 232.
Perthes 40.
Peteri und Singer, Myositis ossificans progressiva bei einem vierjährigen Knaben 47.
Peters 317.
Petersen, Blastomykosis genitalium 62.
— Hefekrankheiten der Haut 62.
— Rhinosklerom 206.
— Epithelioma labialis inferioris 206.
—, v., Lepra in Rufsland 309.
— 62. 205. 314.
Petit, Prostatasteine 176.
—, Paul Charles, Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse 177.
— Die Muskelfasern der Niere 457. 458.
— Ausscheidung von Blut durch die Niere 458.
Petri 559.
Petrini, Akanthosis nigricans 407.
— 310. 314.
Petrivalsky, Julius, Zur Therapie der Phimose 52.
Petroff 62.
Pfister, Ein Polyp der Harnblase als Steinkern bei Bilharzia 501.
—, Carl, Die Raynaudsche Krankheit 510.
Pflanz, Victor, Über idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leukoplakia penis 492. 545.
Phalen, James M., und Nichols, Henry J., Hautblastomykose auf den Philippinen 38.
Philippi, Referate 24. 26. 30. 31. 39. 44. 46. 71. 80. 81. 117. 123. 358. 363. 407. 408. 411. 424. 472. 474. 495. 598. 504. 506. 507. 509. 512. 513. 515. 516. 517. 551. 552. 556. 558. 561.
— 431.
—, F. A., Eucerin, eine moderne vorzügliche Salbengrundlage 504.
Philippson, Ein Fall von tertiärer Syphilis der Nase 173.
— 77. 250. 256. 305. 306. 354.
Piccardi, Psoriasis vulgaris der Vola manus 173.
Pick 236. 306. 447.
—, L., Referat 162.
— 107. 109.
— und Pinkus, Weitere Mitteilung zur Lehre von den Xanthomen: die echten xanthomatösen Neubildungen 160.
Picker, Studien zur Pathologie der Blennorrhoe und der anderen bakteriellen Infektionskrankheiten der Geschlechtsorgane 360.
— Der Symptomenkomplex der rezidivierenden Nebenhodenentzündung 360.
— Über falsche Nierenkoliken 501.
Pielicke, Tuberkulin gegen Nierentuberkulose 500.
Piffard 218.
Pillet, Nierencarcinom, Exstirpation, Heilung 178.
Pilz 166.
Pinard 187.
— und Queyrat, Die Ergebnisse der Impfung mit primär-syphilitischem Material bei Patienten mit Tertiärerscheinungen 497.
*Pinczower, Adolf, Zur Kenntnis der multiplen cystischen Lymphangiome der Haut 521.

Pinkus, Felix, Beitrag zur Naevuslokalisation 267.
— Referate 60. 159. 543.
— 61. 160. 164. 255. 256. 306. 493.
— und Pick, L., Weitere Mitteilung zur Lehre von den Xanthomen: die echten xanthomatösen Neubildungen 160.
Pinner und Siegert, Über die weitere Verwendbarkeit des Para-Amidobenzoësäureäthylesters und die Präparate Sanovagin und Cocainolcrême 375.
Pinoy und Ravaut, P., Über eine neue Form der Discomycosis cutanea 220.
Piorkowski, Max, Über Kontraindikationen des Finsenverfahrens 423.
Pirquet, v. 60. 163. 169. 283. 301. 337. 409. 410. 446. 452. 456. 466.
Pisko, Edward, Dermatitis venenata 270.
Pitres 314.
Plate, E., Über ein neues Verfahren zur Erzeugung von Hautreizen 122.
Plonski 397.
Plutarch 288.
Pöhlmann, A., Zur internen Therapie der Syphilis 30.
— Dariersche Erkrankung in drei Generationen 452.
Poirier, Ein Fall von syphilitischem Fieber 23.
— Behandlung des Lupus erythematodes nach der Holländerschen Methode 23.
— Zwei Fälle von Lepra 23. 357.
— Ein Fall von Raynaudscher Krankheit 356.
— Lepra 356.
Polaillon 97.
Pollack, Flora, Erworbene Geschlechtskrankheiten bei Kindern 269.
Pollak, L., Ein Beitrag zur Therapie des Ulcus molle 41.
Polland. 253. 256. 306.
—, R., Über die Beziehungen des akuten Lupus erythematodes (Erythema perstans faciei) zur Tuberkulose 207.
Pollara, Dante, Radikaloperationen bei Nierenaffektionen 271.
Pollitzer 2.
—, S., Bericht über einen Fall von Sarkoid 117.
— Cancer en cuirasse 215.
—, J., Referate 162. 443.
Pollock 9. 22.
Porges 329.
Porosz, Warum ist die faradische Behandlung der Prostatiden der Massage überlegen? 501.
— Referate 44. 46. 48. 52. 73. 77. 78. 81. 130. 133. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 277. 283. 338. 366. 368. 373. 379. 417. 471. 510. 513. 516. 520. 554.
—, Moriz, Epididymitis sympathica (Porosz) und nicht Epididymitis erotica (Waelsch) 73.
Porosz, Moriz, Hyperämische Behandlung der Harnröhre mit heifsen Sonden 360.
— Diätetische Behandlung der Hautkrankheiten 421.
— 73.
Porro, Prostatektomie bei Prostatahypertrophie 176.
Posgay, St., und Nemeth, K., Die Schürmann-Reaktion und Lues 230.
Posner 69.
—, C., Untersuchungen über die Genitalsekrete des Mannes 88.
— Eine Frage zur externen Urethrotomie 367.
—, und Scheffer, Beiträge zur klinischen Mikroskopie und Mikrophotographie 88.
—, Oskar, Beitrag zur Kenntnis der symptomatischen Xanthome bei chronischem Ikterus 44.
Pospelow, Zur Frage der Ätiologie der „Cutis verticis gyrata“ (Unna) 363.
— 26. 491. 492. 530.
Potpeschnigg, Karl, Symmetrische Gangrän nach Scharlach 117.
Potter 514.
Pouget, R. J., Ein Fall von Milium colloidale 172.
Pousson, Polycystische Niere infolge von Steinbildung 458.
Pravaz 471.
Preisich, Kornel, Rubeola 133.
— Scharlachfieber 519.
— Durch geheilte Scharlachfieber hervorgerufene Infektionen 520.
— Scharlachinfektion durch geheilt entlassene Kranke (Return cases der Engländer) 550.
— Scharlachbehandlung mit Moserschem Serum 554.
Preisz 233.
Preleitner, Karl, Orthopädischer Apparat zur Verminderung der lordotischen Albuminurie 79.
Pribram, Hugo, Ein Fall von Acanthosis nigricans 44.
Priklonski, Auftreten einer Sklerose und eines papulo-pustulösen Syphilids bei einem Kranken mit schon viele Jahre bestehendem Ulcus gummosum des Fufses 463.
Pringle 167. 173. 305. 349.
Pringsheim 161.
Prissmann, S., Die Lepra im Kreise Grobin 562.
Profeta 315.
Progliese und Debenedetti, Experimentelle Untersuchungen über die Infektionsfähigkeit der Vaccinestoffe 560.
Prokhoroff, Ist die Lepra des Altertums dasselbe Leiden, das wir heute als Lepra kennen, und welche Schutz-

mafsregeln wurden dagegen ergriffen? 332.
Proskauer, Felix, Über die Acetonurie bei Scharlach 552.
— Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen 552.
— 552.
Prowazek 138. 139. 451. 560.
Pürckhauer 346.
Puget 314.
Purdon 215.
Purpura, Franceso, Heilung einer chronischen, hartnäckigen Cystitis durch Kurettement der Blase per vias naturales 119.
Pusey 212. 506.
—, William Allen, Das Studium der Dermatologie. Die Dermatologie und die Pharmacopoe 234.

Queyrat, Eine Modifikation der Barthélemyschen Spritze 497.
— und Laroche, Beitrag zur Mikrobiologie der gangränösen Balanoposthitis 497.
— und Pinard, Die Ergebnisse der Impfung mit primärsyphilitischem Material bei Patienten mit Tertiärerscheinungen 497.
Quincke 32. 404. 405.
Quinquaud 200.

Radaeli 22.
Rammstedt und Jacobsthal, Über Schädigungen der Haut durch Röntgenstrahlen 473.
Ramón-Negra, Die Lepra auf Kuba 313.
Ranvier 191.
Rathbun, Nathaniel P., und Dexter, Thurston H., Vorläufige Bemerkungen über die Bakteriologie der Blennorrhoe 376.
Ratner 206.
Rau, Die Prostitutionsverhältnisse in Essen (Ruhr) 409.
— 350.
Rausch, H. 101. 103. 104. 105. 106. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159.
Ravasini, Carlo, Prostatasteine im Gewicht von 320 g 175.
Ravaut 249. 251. 252. 255. 295. 305.
—, Paul, und Bord, Benjamin, Schankröse Afterentzündung 279.
—, und Pinoy, Über eine neue Form der Diskomykosis cutanea 220.
Ravogli, A., Tuberkulide in Beziehung zu allgemeiner Tuberkulose 213.
— Verbreitungsweise der Lepra 322.
— 236. 237. 382. 384. 397.
Raynaud, Lepra in Algier, die Bekämpfung der Lepra 310.
— 116. 268. 315. 356. 427. 429. 508. 510.
Raysky, R., und Leers, Otto, Studien über Verbrühung 514.
Recklinghausen, v. 357. 450. 503.
Reclus, Über das Oberflächenepitheliom der leukoplastisch veränderten Schleimhäute 43.
Regenspurger, Anton, Über Vesicurin, ein neues Spezifikum gegen Erkrankungen des uropoëtischen Systemes und gegen Cystitis 51.
Reichert 454.
Reines, S., Röntgenbehandlung gewisser Formen venerischer Bubonen durch unmittelbare Drüsenbestrahlung 41.
— 254. 255. 303. 306.
Reinhardt, Ad., Der Erreger der Aleppobeule s. Orientbeule (Leishmania tropica), Histologie der Aleppobeule 34.
Reiss 382. 384. 387. 390. 391. 392. 395. 397.
—, Emil, und Oppenheimer, Siegfried, Untersuchungen der Blutkonzentration bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis 551.
Reitmann, Impetigo herpetiformis 164.
— 167.
Renault, Alex., Ein wenig bekanntes Anwendungsgebiet für Jodkalium 278.
— Hypertrophische Narben im Gefolge von alten syphilitischen Papeln 496.
— Ein neues Beispiel des sogenannten Guillain-Thaonschen Symptomenkomplexes bei cerebrospinaler Syphilis 496.
— Fall von enormen frühzeitigen syphilitischen Ulcerationen mit komplizirenden Erythemflecken 496.
— und Guenot, Ein enormer Schanker am Kinn nach Verletzung beim Rasieren 496.
— — Ein Fall von sekundärer Epilepsie 496.
Retoul 382. 397.
Retz 395.
Rey, Einar, Ein Fall von tuberkulöser Niere mit doppelten Ureteren 65.
Ribadeau-Dumas und Pater, Die kongenitale Syphilis der Nebennieren 185.
Ribbert 246. 247. 248. 529.
Richardson, Oscar, und White, Charles J., Ein trügerischer Leprafall 170.
Richet, Ch. 92.
Richter, Färbepräparate von Tuberkelbazillen 501.
—, E., Über das Jothion 505.
—, J., Primäres Carcinom des rechten Ureters 65.
—, Paul, Über Uhedu in den ägyptischen Papyri 234.

Richter, Paul, Der therapeutische Wert der Bestrahlung granulierender und eitriger Wunden und Unterschenkelgeschwüre mit blauem Bogenlicht 423.
—, P. F. 503.
Riecke 282.
Riehl 163. 164. 305.
Rieke 167.
Rille 9. 22.
Rindfleisch 529.
Ringleb, Otto, Über ein neues Cystoskopsystem 174.
— Das Cystoskop nach 30 Jahren 360.
— Über Ureterencystoskope 462.
Rissom, Krankenvorstellung (Lichen ruber pemphigoides) 204.
Ritter, Julius, Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieser Affektionen 92.
— Streptokokken bei Krankheiten des kindlichen Lebensalters und die Serumbehandlung dieser Affektionen 555.
Rivet, Lucien, und Hutinel, V., Schwere Septikämien im Laufe von Hautkrankheiten bei Kindern 92.
Rivière, J. A., Hochfrequenzbehandlung des Krebses 42.
— Behandlung der malignen Tumoren mit Hochfrequenzströmen 279
— Fulguration und Cytolyse des Carcinoms mittels Hochfrequenzströmen 279.
Rixey, P. M., Die Bedeutung der Marine für das Studium von Tropenkrankheiten 112.
Riza 360.
Robelin 317.
Robin, Albert, Die Furunkulose 278.
Robinson, Byron, Die Anzahl der Ureteren beim Manne — komplette unilaterale Duplizität 270.
— Die Ureterenblasenmündung 502.
Roche 233.
Rochet, V., Tuberkulöse Infektion der Operationswunde nach Nephrektomien, die wegen Tuberkulose vorgenommen worden sind 362.
Rodoni 68.
Römer 316.
Röntgen 27. 34. 36. 38. 39. 41. 42. 43. 60. 68. 76. 116. 181. 188. 204. 206. 213. 228. 233. 254. 266. 280. 283. 322. 355. 357. 358. 362. 364. 398. 405. 407. 422. 430. 445. 448. 465. 473. 474. 491. 496. 500. 501. 502. 516. 561.
Roger, H., Die Oosporosen 414.
Rohde, H., Welche Quecksilberkur ist die beste? 63.
Rolleston, J. D., Lidgangrän und andere Augenkomplikationen der Varicellen 133.
Romberg 61.
Romeo, A., Drei Fälle von gangränöser Angina im Verlauf der Scarlatina 132.
Romeo, A., Existiert die Dukessche Krankheit? 556.
Romme, R., Die Bakteriotherapie und der Opsoninindex bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 81.
— Was ist die Skrophulose? 182.
— Ein neuer Symptomenkomplex: Bronzediabetes mit atypischer multipler Sklerose und Hämochromatose der Cornea 282.
— Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämolyse „in vitro“ 373.
— Die Hämophilie und die hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie 513.
Róna 121. 353. 354. 355. 356.
Rosenau 138.
Rosenberg 450.
*—, Jacob, Zur Pagetschen Krankheit 235.
— Beitrag zum Wesen der Pagetschen Krankheit 121.
—, Siegfried 503.
Rosenfeld, Richard, Über familiären Ikterus 338.
Rosenheim 264. 265.
Rosenthal, Einladung zur Eröffnung des Heims für erblich kranke Kinder 60.
— Junges Mädchen mit Taboparalyse 61.
—, Paul, Über ein neues Santalolpräparat, das Thyresol 87.
— 160. 354.
Rosolimos 314.
Ross, George M., und Johnsohn, W. J., Die Behandlung des Erysipels mittels Impfung mit spezifischer Vaccine 39.
Rost 328.
Roth, Zur Bewertung der Indigokarminmethode für funktionelle Nierendiagnostik 500.
Rothfeld, J., Über das Verhalten der elastischen Elemente in den carcinösen Körpern der Sexualorgane 49.
Rothschild, Über Endoskopie der Urethra 501.
—, Alfred, Die entzündliche Histo- und Pathogenese der Prostatahypertrophie, zugleich Erwiderung auf die Einwände gegen die entzündliche Ätiologie 548.
Rotter, Oscar, Hartnäckiger Fall von Ulcera varicosa ekzematosa 270.
Roubinowitsch 323.
—, J., und Levaditi, Die Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Dementia praecox 187.
Rouvière, G., Ein Fall von Sklerodermie mit Veränderungen der Kopfhaut, während die Haare unversehrt bleiben 221.
— Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit Lingua scrotalis und Mißbildungen der Zähne 457.
Roux 451.
Rovsing, Die Urogenitaltuberkulose 64.

Roy 314.
Ruediger, E., Über Beeinflussung des Strophulus (Lichen urticatus) durch Scheinwerferbehandlung 125.
— s. auch Rydygier.
Rühl, Beitrag zur Syphilisbehandlung 30.
Ruete, A., Die Behandlung des Ulcus molle mit heifsen Spülungen 278.
Ruggles, E. Wood, Ekzema der Zehen 214.
Ruhmkorff 218.
Rusch, Lymphosarcomatosis cutis, endothelartig 448.
— Idiopathische Hautatrophie 448. 449.
Russ, H. C., und Ladd, L. W., Wrights Vaccinetherapie, Mitteilung von Fällen 94.
Rydygier, Ruediger v. (jun.), Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen 38.
— Zur transperitonealen Eröffnung der Blase 71.
Ryerson, E. W., Zwei Fälle von Blastomykosis 88.

Saalfeld, Lichen planus der Schleimhaut der Unterlippe 60.
— Lichen ruber verrucosus der Unterschenkel 60.
— Lupus erythematodes 61.
— Pityriasis rosea 61.
— Lichen ruber pemphigoides 61.
— Pityriasis rosea (?) 160.
— 160.
Sabella, Experimentelle Untersuchungen über Molluscum contagiosum 173.
Sabolotny, Über den Stand der Syphilisspirochäte in der Reihe der anderen Mikroorganismen 266.
— 266.
Sabolotzky 9. 22.
Sabrazès 50. 66.
Sabouraud, R., Über die sogenannten Körperchen des Trichophyton und über den Trichophyton als Ursache von Favuskörperchen 66.
— Zur Radiotherapie des Herpes tonsurans 221.
— Bemerkungen zur Arbeit von Dalla Favera über den augenblicklichen Stand der Trichophytie in Parma 457.
— 221. 454
Sachs, Nagelekzem 166.
— Naevus unius lateris 446.
— 68. 163. 444.
—, Otto, Beziehungen zwischen dem Erythema exsudativum multiforme und den Erkrankungen innerer Organe 546.
Sadger, J., Die Hydriatik des Typhus exanthematicus 139.
— Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung 366.
Sadler, W M., und Busteed, J. H., Akute Myelitis im Gefolge von Masern 555.
Sahli 5.
Saidac, I., Klinische Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen Scabies, Phthiriasis des Körpers und Prurigo aus inneren Ursachen 93.
Saint Jacques, Eugène, Nierentuberkulose 65.
Sakaguchi, Y., Über die Silberfällbarkeit des Leprabacillus und deren Wert für Differentialdiagnose zwischen Lepra- und Tuberkelbacillus 120.
—, J., Zwei Fälle von Angiokeratom 120.
Sakurane, K., und Shiga, T., Ein dem Pemphigus vegetans ähnlicher Fall 271.
Saltzmann 314.
Samberger 29.
Sambon 511.
Samuels, A., Blennorrhoe beim weiblichen Geschlecht 82.
*Sand, Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung? 285. 320.
Sandersky 315.
Sanfelice 414.
Sanglier, Schwerer Fall von Tabes, erfolgreich mit Kalomelinjektionen (40 %) behandelt 274. 462.
Sangster 200.
Sasakawa, M., Über Angiokeratom 120.
Sato, G., Demonstration von Syphiliskranken 120.
—, T., Zwei Fälle von Harnröhrendivertikel 120.
Savill, T. D., Ein Fall zum Diagnostizieren 405.
Savy, Paul, Ein Fall von isoliertem Lebergumma, das intra vitam diagnostiziert wurde 457.
Saweljew, Mykosis fungoides 491.
Scarenzio 397.
Schäffer, J., Exanthema vegetans ex usu Bromi 467.
Schafir 266.
Schalek, Alfred, Dermatitis venenata infolge Haarfärbemittels 129.
Schamarin, Über die Scharlachschutzimpfungen 131.
Schamberg, Jay Frank, Blattern vor und nach der Entdeckung der Schutzimpfung 133.
— Studium über Aknitis mit Bericht über einen ausgedehnten Fall 211.
— 136. 137.
Schattmann, Weitere Erfahrungen mit der Quarzlampe 473.
Schaudinn 67. 337. 339. 364. 365. 413. 544.
Scheffer, W., und Posner, C., Beiträge zur klinischen Mikroskopie und Mikrophotographie 88.

Schein, M., Weifse Barthaare auf einem Naevus verrucosus pigmentosus 365.
— Der Zusammenhang zwischen dem Wachstum der Schädelknochen und der Kopfhaut 417.
Schenk 89.
Scheppegrell 397.
Scherber, Die Vaccinetherapie der Akne vulgaris und der opsonische Index 33.
— Lupus vulgaris disseminatus 447.
— Lichen scropulosorum 447.
— Lichen lueticus 447.
— Xeroderma pigmentosum, Symblepharon 447.
— Erythema iris toxicum, Aspirin 450.
— 11. 12. 21. 22. 165. 168 367. 450. 451.
Scherecschewsky 269. 353. 414. 545.
—, J., Züchtung der Spirochaeta pallida (Schaudinn) 413.
— Weitere Mitteilung über die Züchtung der Spirochaeta pallida 414.
Schering 86.
Scheuer, Oscar, Die Behandlung chronischer Blennorrhoe mittels Vibrationsmassage 86.
— Die Behandlung der Erfrierungen mit lokaler Arsonvalisation 128.
— Zur Therapie des Ekzema ani 231.
— Das neue österreichische Gesetz betr. die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und dessen Berücksichtigung der Geschlechtskrankheiten 272.
— Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Wege des Strafrechts 283.
— Über einen Fall blennorrhoischer Infektion der Mundhöhle 376.
— Über Blennorrhoe der kleinen Mädchen 379.
Schick, B., und Grüner, O., Chlorstoffwechsel und Körpergewicht im Scharlach 551.
Schindler 85.
—, K., Ein neues, waschbares, gepolstertes Suspensorium 424.
Schiota 330.
Schiperskaja, Ein Versuch der psychischen Untersuchung von Kindern mit hereditärer Syphilis 27.
Schlagintweit, Ureterencystoskop als Operationscystoskop 360.
— 360.
Schlasberg, H. J., Über die Behandlung von Syphilis mit Mergandol (einem löslichen Hg-Präparat) 492.
Schlecht, H., Über einen tödlich verlaufenen Fall von Atoxylvergiftung 504.
Schleipner, Felix, Über die Rolle der Streptokokken bei der Scharlachinfektion 520.
Schleissner, Felix, Bakteriologische und serologische Untersuchungen bei Scharlach 519.
Schmey, Fedor, Zur inneren Behandlung der Syphilis 30.
Schmidt 528. 530.
—, H. E., Das „Röntgencarcinom“ 41.
— Zum Thema der sexuellen Abstinenz 222.
—, M. B. 529.
—, Rudolf 5.
Schmincke 226.
— und Stoeber, Zur Kritik der Schürmannschen Farbenreaktion bei Lues 225.
Schnabel 528. 531.
Schneider, Über Vaccinetherapie bei bakteriellen Erkrankungen der Harnorgane 360.
Schönlein 68.
Scholtz 210.
Schonnefeld, R., Ein Fall von Erythrodermia congenita partialis 547.
Schourp, Referate 26. 28. 30. 33. 34. 35. 38. 39. 40. 41. 45. 48. 49. 52. 64. 65. 70. 71. 74. 75. 77. 78. 79. 81. 84. 86. 87. 88. 89. 94. 123. 124. 125. 127. 128. 129. 131. 132. 135. 139. 170. 175. 182. 231. 232. 233. 234. 269. 270. 272. 278. 282. 284. 365. 366. 367. 368. 370. 373. 376. 378. 380. 409. 419. 420. 421. 469. 470. 472. 500. 502. 503. 508. 510. 511. 512. 513 514. 516. 551. 552. 553. 554. 556. 560.
Schramek, Morbus Recklinghausen 450.
—, Max, und Eitner, Ernst, Beiträge zur Pemphigusfrage 34.
Schreiber, Julius, Über flüchtige Albuminurien 373.
Schröder 181.
Schucht, Arthur, Referate 28. 29. 39. 41. 42. 44. 45. 49. 50. 69. 70. 73. 74. 76. 80. 85. 87. 89. 90. 92. 123. 124. 126. 127. 139. 182. 204 222. 225. 227. 229. 230. 234. 280. 282. 338. 367. 368. 369. 374. 375. 376. 378. 380. 415. 416. 422. 424. 473. 505. 506. 508. 520. 550. 555. 559. 560. 562.
Schüle, Über Alsolcrême 123.
Schüler 398.
Schültze 22.
Schürmann, W., Luesnachweis durch Farbenreaktion 190.
— 225. 226. 230.
Schütz 384. 389. 390. 391. 395. 397.
—, Julius, Über einen Fall von eigenartigen multiplen Hauttumoren 284.
Schulte, Hydrargyrum oxycyanatum als internes Antisyphiliticum 226.
Schultz 160.
—, F., Zur elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen 204.
—, O. F., Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Parasitologie der Syphilis 114.
Schultze 397.
Schumm, O., und Meyer-Wedell, Lilli, Über die von J. Tsuchiya an-

Vas, B., und Török, L., Die Anwendung der Wassermann-Reaktion in der Syphilisdiagnosis 229.
—, Hári 77.
Vasilin, Babes und Gheorghus, N. Über kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Säure 127.
Vauckes 355.
Vecchi, Bindo de, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verruga peruviana 35.
Veiel, Licht- und Schattenseiten der physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten 355.
Veil, Wolfgang, Zur Kenntnis des Prostatasarkoms 74.
Velpeau 215.
Venulet, F., Chorionepitheliomähnlicher Harnblasenkrebs mit gleichartigen Metastasen bei einem Manne 368.
Verdier, Felix, und Ehlers, Die Geographie der Lepra 313.
Veress, Fr. v., Ein Fall von luetischer Reinokulation 227.
— Drei Fälle von Parapsoriasis 231.
— Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum 355.
— 363.
Vernier und Naegeli-Akerblom, Zur Diagnose und Therapie der Tuberkulose der Harnwege 50.
Verrotti, Giuseppe, Histologische Untersuchungen über Parapsoriasis Brocq 207.
Vértes, O., Das gegenseitige Verhältnis der Genitalien zu den Magenleiden 366.
Vertun, Ein neues Sandelölpräparat 380.
Vidal 236. 238. 248. 256. 305. 354. 397. 398. 408. 449.
Viel 469.
Vieth 487.
*—, H., und Ehrmann, O., Ausscheidungsweise und Verträglichkeit des Sandelöls und seiner Derivate (besonders des Santyls) 485.
Vignolo-Lutati, Carlo, Über hysterische Dermatosen und einen Fall von Purpura annularis teleangiectodes Majocchi 172.
— Über die klinischen Erscheinungen der cutanen Genesung. Klinische Genesung und histologische Genesung. Dermatitides silentes 210. 211.
— Über einen Fall von Lichen planus atrophicus der Kopfhaut und über die kurative Wirkung der Hochfrequenzströme 276.
Virchow, Rudolf 118. 185. 223. 307. 397. 503. 529. 530. 531.
Virghi s. Li Virghi.
Voerner 118.
Voerner, Hans, Zum Leukoderma syphiliticum 452.
— und Steiner, Ludwig, Angiomatosis miliaris. „Eine idiopathische Gefäßerkrankung" 509.
Voigt, L., Tierversuche mit Vaccine, Variola und Ovine 558.
Voillemier 549.
Voisin, R., und Babonneix, L., Syphilis cerebralis hereditaria tarda bei zwei Schwestern 185.
Volk, Psoriasis vulgaris nummularis 167.
— 449.
Volkmann 215. 398.
Volpino, G., Untersuchungen über die beweglichen Körperchen der Vaccine, II. Beitrag 138.
Voorhees, Irving Wilson, Ein Fall von Bromoformausschlag 512.
Vries, de, J. Carlisle, Chirurgische Verbesserungen von Gesichtsdeformitäten 502.

Waelsch 73. 531.
Wagner 166.
Wahrer, Charles F., Eine Fehldiagnose und fehlerhafte Behandlung in der Chirurgie der Geschlechtskrankheiten 270.
Wainstein und Karnitzki, Ein Fall von Leprom der Hornhaut 181.
Walker, Norman, und Low, R. Cranston, Dermatitis gangraenosa infantum 466.
—, N. P., Klinische Erscheinungen bei akuter Pellagra 511.
Ware, M. W., Radiogramme bei Syphilis der Röhrenknochen 116.
Warren 384. 398.
Wasielewski 135.
Wassermann 24. 25. 26. 27. 28. 60. 61. 68. 121. 122. 132. 135. 166. 183. 184. 186. 187. 188. 189. 190. 219. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 233. 266. 321. 329. 337. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 346. 347. 348. 372. 405. 406. 421. 448. 456. 461. 466. 543. 547. 552. 558.
Watanabe, S., Demonstration von Impetigo contagiosa circinata 120.
Waterhouse 138.
Watson, F. S., Einige Erscheinungen bei durch Nephrolithiasis bedingter Anurie 80.
—, J. J., Über Pellagra 510
Weber, F. P., Anurie mit Nekrose der gewundenen Harnkanälchen in den Nieren 80.
Wechselmann, Postkonzeptionelle Syphilis und Wassermannsche Reaktion 183.
— 183. 254. 255. 256. 306.
Wegener 529. 531.

Wehmer, Medizinal-Kalender für das Jahr 1910 550.
Wehnelt 218.
Weichselbaum 529.
Weidenfeld, Lichen ruber planus atrophicus 163.
— Multiple Angiome 450.
— 11. 34. 162. 164. 445. 447. 448. 450.
Weigert 161. 181. 524.
Weill, E., und Mouriquand, G., Ichthyosis und Schilddrüse 32.
— — Die Conjunctivaldiphtherie nach Röteln 36.
— — Scarlatinöse Staphylokokkenmeningitis 553.
Wein, M., Das Antituberkulinserum (Marmorek) im Dienste der Chirurgie 470.
Weiss, Interessante Blasensteinfälle 501.
—, F., Ein seltener Fall von Urinretention 373.
Weiss-Eder, Stephanie, Orthotische Albuminurie und Scharlachnephritis 370.
Weisz, Franz, Entfernung einer Wachskerze aus der Harnblase mittels Benzin 367.
Welander, Edvard, Noch einige Worte über die Elimination des Quecksilbers nach der Injektion schwerlöslicher Quecksilberpräparate 206.
— 384. 398
Welch 136. 137.
—, William M., Bemerkungen über die sogenannten Gefahren der Impfung 137.
Wende, Grover W., Eine noduläre, in Ringform endigende Eruption (Granuloma annulare) 455.
Werlhof 514.
Wermel 340. 348.
Werner, S., Ekzembehandlung mit Steinkohlenteer 231.
Werssilowa, M., Ein Fall von Pemphigus vulgaris, abhängig von parenchymatöser Nephritis 463.
— Ein Fall von chronischem Erythem, veranlaſst durch Würmer 509.
Wertheim und Stöckel, Über die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie 360.
Werther 254. 256. 306.
Wesenberg 403.
Wetterwald 469.
Weyl 200.
Whigham, T. R., Bullöse Purpura im Gefolge von Impetigo 404.
White, Charles J., und Richardson, Oscar, Ein trügerischer Leprafall 170.
Whitehouse 9. 22.
Whitfield, A., Chronische Hypertrophie der Lippen infolge von syphilitischer Lymphangitis 405.
— Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus 406.
— 251. 303. 305.
Wichert, P. v., Zur operativen Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis 74.
Wickham, Louis, Die therapeutische Anwendung des Radiums 171. 406.
— 236. 237. 247. 422. 430.
— und Degrais, Physikalische Therapie 355.
Widal 338. 378. 507.
Wiecherkiewicz, B., Über Mergal in der Privatpraxis 472.
Wiesel 416.
Wicox, Starling Sullivan, Wert der Cystoskopie 502.
Wile 57. 59. 236.
— Vorläufige Notiz über Stärke im Urin 80.
—, Udo J., Die Spirochaeta pallida, ihre leichte Demonstrierbarkeit und ein kurzer Überblick über ihre Geschichte 219.
Wilenko, M., und Hecht, Viktor, Über die Untersuchung der Spirochaeta pallida mit dem Tuschverfahren 412.
— und Lateiner, Mathilde, Über Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 132.
Willan 248.
Williams 68.
—, Thaddeus H., Rückblick auf frühere Behandlungsarten von Spermatorrhoe und Impotenz 65.
—, Wright C., und Bacon, J. H., Dyspnoe und Urticaria nach Injektion von Diphtherieserum 125.
Williamson, O. L., Pellagra in Arkansas 510.
Wilms 398.
Wilson 67. 398. 497.
Winfield, James Mac Farlane, Xanthoma multiplex 214.
— Osteopathien der quaternen Syphilis (Gaucher). Bericht über die Untersuchung von 46 orthopädischen Fällen auf angeborene Syphilis 456.
Winiwarter 529.
Winkler, Pigmentierung um die Brustwarzen, Arsacetylinjektionen 445.
— Lupus tumidus, elektrolytische Einführung von Tuberkulin 447.
—, Ferdinand, Die cerebrale Beeinflussung der Schweiſssekretion 88.
— Hautreaktion durch elektrolytische Einführung von Trockentuberkulin 165.
— Psoriasis, lokale katalytische Applikation von Arsen 443.
— 122.
—, Heinrich, Über Nephritis syphilitica im Frühstadium der Lues 24.
Winternitz, Chemie des Blutes bei Lues 355.
—, H., Über Jodipin, Sajodin, Jodalkalien und Jodwirkung 504.

Wise, Prophylaxe der Lepra 332.
Withmore, Eugene R., Die Impfung von Bakterienvaccine als praktische Behandlungsmethode bakterieller Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung von Gonokokkeninfektionen 94.
Wladimirow, Der Symptomenkomplex beim Vaccinescharlach 131.
Wohl, M., Oedema dorsi Penis 52.
Wojciechowski, J., Über den praktischen Wert der Wassermannschen Reaktion und der von Bauer vereinfachten Modifikation derselben 121.
Wolbast, A. L., Ein weiterer Beitrag zum Studium der Prostata mit Beziehung auf die Heilbarkeit der Blennorrhoea 73.
Wolff 22.
—, **Bernard**, Die Hautveränderungen bei Pellagra 270.
Wolfsohn, Georg, Über Vaccinetherapie 424.
Wolpe, Über den Wert zweier neuer Eiweifsproben 75.
Woltär, Oskar, Drei Fälle von Epilepsie auf luetischer Basis 28.
Wolters, Birgt die übliche äufserliche Behandlung mit Chrysarobin irgendwelche Gefahren für den Kranken in sich? 471.
— Über urticarielle Erkrankungen 507.
— 207.
Wood, Edward Jenner, Das Auftreten von Pellagra in den Vereinigten Staaten 512.
Wossidlo, Beitrag zu den Mykosen der Harnwege 360.
Wosstrikow, P. E., und **Bogrow, S. L.**, Über „Creeping Disease“ im Alexandrisksehen Kreise des Chersonschen Gouvernements und über ihre Ätiologie 68.
Wright 34. 94. 233. 278. 360. 378. 474.
—, **Edward F.**, Ein Fall von Sykosis, wahrscheinlich hervorgerufen durch Gonokokken 282.
Würtz 325.
Wulff, Zur Operation der cystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes 358.
Wyssokowitsch 421.

Yamamoto, Eine Verbesserung der Färbungsmethode der Spirochaetae pallidae in Geweben 89.
— und **Friedberger**, Über die Wirkung einer Neutralrotsalbe auf die experimentelle Vaccineinfektion beim Kaninchen 560.

Zabludowski 26,
Zambaco 314. 315. 321.
Zangger, Theodor, Beitrag zur Pathologie und Therapie des Scharlach 132.
Zdanowitz, Zur Frage über die Pathogenese und Behandlung der Impotenz 359.
Zechmeister, Klinische Beobachtungen an Leprösen Bosniens und der Herzegowina 323.
Zeehandelaar, Zur Untersuchung des Harnzuckers mit dem Glukosimeter 375.
— 375.
Zeisler 506.
Zeiss 454.
Zeissler 9. 21.
—, **J.**, Zoster arsenicalis 116.
—, **Joseph**, Beobachtungen über die Anwendung von Kohlensäureschnee 212.
Zenker 413.
Zernik 472. 493.
Ziegler 503.
Ziehl 412.
Zieler 66. 306. 330.
—, **Karl**, Exanthema menstruale „angioneuroticum“ 467.
Ziemann 317.
Ziemssen 21. 396.
Zimmermann, Waldemar, Seltene Atheromformen 49.
Zinsser, Der Erlafs der beiden preufsischen Ministerien zur Reform der Prostitutionsüberwachung 64.
Zoepffel, V., Über Oxalurie und Phosphaturie 79.
Zondok, Über Nephrolithotomie und Pyelotomie 501.
Zuckerkandl, Blasengeschwülste 500.
Zumbusch, v. 398. 445. 467.
Zusiaga 315.
Zweig, L., Die Behandlung der umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensäureschnee 506.

gegebene Methode zur Bestimmung von Eiweifs im Harn 373.
Schur 78.
Schwalbe, E. 531.
Schwann 200. 213.
Schwartz, Hans J., und Johnston, James C., Studien über den Stoffwechsel bei gewissen Hautkrankheiten 89.
— — Untersuchungen über den Stoffwechsel bei einigen Hautkrankheiten 116.
Schwarz 21.
Schwersenski, Georg, Allosan, der Allophansäureester des Santalols 380.
Schwimmer 201. 382. 384. 397.
Sederholm, E., Über die Lepra in Schweden 319.
— 382. 397.
Seelig, A., Über renalpalpatorische Albuminurie 64.
Seifert, Seltene Ursache von Blutungen aus der Urethra 209.
— Über Atrophia cutis idiopathica progressiva 282.
Selenew, Ein Fall von akutem Tripper mit zweiwöchentlicher Inkubation und vorwiegender Lokalisation der Gonokokken im Epithel 27.
— Zur Morphologie der Spirochaeta pallida: ring- und sternartige Formen derselben 364.
— 69. 347.
Selikin, Zur Frage der Gabritschewskyschen Vaccine 131.
Sellei, Ein neueres Verfahren der Harnröhrenmassage 358.
— 531.
Semal, Der Harn vom Standpunkt der Klinik 75.
Séquard 274.
Sequeira, J. H., Ein Beispiel von der Wirkung der Röntgenstrahlen auf Narbenkeloid 405.
— Fall von ausgedehnter Trichophytie des Rumpfes und der Extremitäten 405.
— Ein Fall von rezidivierender Paronychie und Bullae 406.
— 426.
Serenin 382. 397.
Sevestre und Balzer, Hervortreten eines Gummas des Gaumens 50 Jahre nach dem Primärsyphilid 408.
— — Lichen scrophulosorum universalis 498.
— — Disseminierte, ulcerierte Tumoren von Sporotrichosis 498.
Shattuck, G. C., Über chronische Geschwüre auf den Philippinen 113.
Shepherd, Francis J., Über einige nach Bauchoperationen vorkommende Eruptionen 219.
Shermitte 187.
Sherwell 8. 9. 21..
—, Samuel, Die Technik eines wirksamen operativen Eingriffs zur Entfernung und Heilung oberflächlicher maligner Geschwülste 41.
Shidachi, T., Zwei Fälle von Erythema nodosum ex usu natrii bromati 120.
— Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu Kalii etc. jodati) 271.
— 254. 255. 256. 295. 306.
Shields, Edwin H., Blastomykosis der Haut, Mitteilung von zwei Fällen, wovon einer mit Allgemeininfektion und tödlichem Ende 216.
Shiga, T., und Sakurane, K., Ein dem Pemphigus vegetans ähnlicher Fall 271.
Short 425.
Siciliano, L., Über Albuminuria orthostatica 78.
Sick 531.
Siding, Anton, Tabes dorsalis mit Hämatemesis und Herpes zoster atypicus während des Verlaufes und Milchsekretion bei einer 62jährigen Frau. Ein Beitrag zur Lehre von der Milchsekretion 130.
Siebert, Conrad, Über Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrankheiten in Nord-Neumecklenburg (Bismarckarchipel) 234.
Siedlecki 364.
— und Krzysztalowicz, Experimentelle Studie über Syphilis; Morphologie der Spirochaeta pallida 227.
Siedler, P., Über die Balsamica, mit besonderer Berücksichtigung des Gonosans 87.
Siegel 365.
Siegert und Pinner, Über die weitere Verwendbarkeit des Para-Amidobenzoësäureäthylesters und die Präparate Sanovagin und Cocainolcrême 375.
Sihalek, Alfred, Die Hauptformen der Hauttuberkulose 270.
Silbersiepe, Fritz, Beitrag zum Studium der Keratitis parenchymatosa auf luetischer Basis. Unter Zuhilfenahme der Wassermannschen Reaktion 186.
— 503.
Simmonds 75.
—, M., Über Bronzediabetes und Pigmentcirrhose 45.
— Männlicher Geschlechtsapparat 223.
Simon, Gustav 200.
—, Cl., und Brocq, L., Beitrag zum Studium des Phagedänismus 418.
— und Pautrier, Aseptische, eitrige, meningeale Reaktion im Anschlufs an eine Rachistovainisation. Intaktbleiben der polynukleären Leukocyten. Anschliefsender Herpes zoster. Heilung 515.
Singer und Peteri, Myositis ossificans progressiva bei einem vierjährigen Knaben 47.
Sisto 185.

Slatineanu, A., und Danielopolu, D., Fixationsreaktion mit dem Serum und Liquor cerebrospinalis der Leprakranken, bei Anwesenheit des syphilitischen Antigens 139.
— — Anwesenheit von Fixationskörpern im Liquor cerebrospinalis von Leprakranken 140.
Smallpiece, D., Impfung bei Windpocken 557.
Smirnow, Versuche mit Anwendung der Gabritschewskyschen Streptokokkenvaccine in der Landpraxis 131.
Smit, Ronda 318.
Smith 381. 397.
—, Walter G., Ungewöhnlicher Fall von Lupus mutilans 182.
Sobotka, P., und Kreibich, C., Experimenteller Beitrag zur psychischen Urticaria 452.
Söllner 253. 306.
Sörensen, Erfahrungen und Studien über Erysipelas 39.
Sofer, L., Die Pellagra in Österreich und ihre Bekämpfung als Volkskrankheit 126.
Solger 119.
—, F. B., Naevi gleicher Lokalisation bei drei Generationen 269.
— Zur Frage der Hautpigmente 269.
Solowieff, Prämykotisches Exanthem 205.
— Sklerodermie 206.
— 266.
Sommer, Baldomero 318.
Sommerfeld, Paul, Über Komplementablenkung bei Scharlach 551.
Soper 81. 82.
Sormani, B. P., Quantitative Bestimmung der luetischen Serumveränderungen mittels der Reaktion von Wassermann, Neisser und Bruck 547.
Sourdeau und Lenglet, Schankerförmiges Syphilid oder Primärsyphilid bei Reinfektion? 498.
Spiegler 200. 202. 383. 397.
Spitzer, A. 350.
—, Ernst, Salmiakverätzung bei Blennorrhoe 164.
Spooner, Henry G., Geschichte und Ätiologie der Blennorrhoe 25.
Sprecher 383. 397.
Stancanelli, Pietro, Ein Fall von syphilitischem Schanker der Nasenschleimhaut 119.
— Ein Fall von Pemphigus hystericus mit universeller Hyperchromie und trophoneurotischen Ulcerationen 173.
— Leukoplakie des Mundes bei einem Nichtluetiker und Nichtraucher 233.
— Die passive Hyperämie nach Bier in der Behandlung einiger Haut- und Geschlechtskrankheiten 421.
Stancanelli, Pietro, Zwei Fälle von unerkannter Syphilis mit seltenen Formen von tertiärem Phagedänismus 461.
Stanjeck, F., Über Laktojod 124.
Steel 397.
Stefanini 200.
Steffen, Über Versuche mit Kältebehandlung bei akuter Blennorrhoe des Mannes 501.
Stein, Robert, Experimentelle und histologische Untersuchungen über Hautgewöhnung 209.
— Die Sporotrichosis de Beurmann und ihre Differentialdiagnose gegen Syphilis und Tuberkulose 546.
— Über experimentell erzeugtes Pigment bei Vitiligo 452.
Steinbiss 530.
Steiner, Ludwig, und Voerner, Hans, Angiomatosis miliaris. „Eine idiopathische Gefäßerkrankung“ 509.
Steinhaus, Julius, Grundzüge der allgemeinen Pathologie 503.
Steinheil 382. 397.
Steinmeyer, Otto, Herpes zoster und Syphilis 129.
Stelwagon 306.
Stephansky 322.
Stern, Referate 35. 49. 50. 52. 74. 75. 76. 80. 82. 84. 87. 90. 92. 94. 126. 128. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 171. 181. 189. 190. 220. 231. 281. 336. 337. 367. 376. 377. 378. 413. 420. 422. 455. 456. 469. 494. 495. 511. 512. 516. 519. 520. 557. 558. 560. 561. 562.
— 413.
—, C. 521. 522. 530.
*Sticker, Georg, Fragen zur Ätiologie der Lepra 287. 321.
— 333. 517.
Stiles, C. W., Das Vorkommen einer wuchernden Cestodenlarve (Sparganum proliferum) beim Menschen im Staate Florida 112.
Stitt, G. R., Die klinische Gruppierung der auf den Philippinen beobachteten tropischen Ulcera nebst einigen Bemerkungen negativer Art über Ätiologie und Therapie 112.
Stockes, Arthur C., Diagnostischer Wert abnormer Harnentleerung und die Schmerzen bei Krankheiten des Urogenitalapparates 502.
Stoeber 226.
— und Schmincke, Zur Kritik der Schürmannschen Farbenreaktion bei Lues 225.
Stoeckel und Wertheim, Über die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie 360.
Stone, Williard J., Die Technik der Untersuchung auf Spirochaeta pallida bei Dunkelfeldbeleuchtung 89.

Stout, Hiram B., Die Überlegenheit der Urethrotomia externa bei Harnröhrenverengerungen 65.
Strambio 180.
Strasser 416.
Strassmann, Zur Bestimmung der motorischen Suffizienz der Blase 501.
Strauss, Zur totalen Blasenexstirpation 501.
— Über röntgenographisch positive, operativ negative Nierensteine 501.
—, A., Anmerkungen zu meinem Dosimeter 474.
Strickrodt, Referate 380. 505.
Strjelkow, Einige Bedenken wider die Scharlachschutzimpfungen auf Grund der Scharlachepidemie in der Stadt Wytegra 131.
Stümpke, G., Labyrintherkrankungen im Frühstadium der Syphilis 63.
— Über Jodophilie der Leukocyten bei dermatologischen Affektionen 90.
— Über die jodophile Substanz bei dermatologischen Affektionen 453.
Sturli, A. 179.
Sugai, Ein Fall von Lungensyphilis beim Erwachsenen 28.
— Über den Komplementbindungsversuch bei Variola vera 135.
— Nachtrag zu gelungenen Übertragungsversuchen mit Lepra bei Säugetieren 170.
Sult, Charles W., Kahlheit bei den Navajo- und Hopi-Indianern 26.
Sutton, Richard, Die Behandlung der Tinea tonsurans 34.
— Cheilitis glandularis apostematosa 215.
— Die Behandlung der Verrucae plantares 215.
— Die Anwendung von Kohlensäureschnee in der Dermatologie 470.
Suzuki, Seizo, Implantationscarcinom in der Harnblasenschleimhaut 368.
Swift, Homer H., Die Prinzipien und die klinische Anwendung der Wassermannschen Reaktion 219.
Swinburne, G. K., Klinische Berichte über a) einen Fall von syphilitischer Reinfektion, b) Fälle von Syphilis insontium 116.
Szamek, L., Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin 87.
Szécsi, J., Ein Fall von Sclerosis multiplex nebst Blennorrhoe 379.

Taddei, Domenico, Die Palpation des Ureters im Beckeneingang 178.
— 397.
Taege, K., Einfaches Verfahren zur Herstellung von Teerbädern 504.
Taenzer, P., Referat 550.
Taliani 383. 397.
Tánago, M. González, Behandlung der Uretero-Pyelonephritis. Zwei sehr interessante Fälle geheilt durch Nephrotomie 368.
Tanaka, Tomaharu, Beitrag zur klinischen und bakteriologischen Untersuchung über Cystitis 65. 358.
— Über Filariasis. Blutbefunde, Harnuntersuchung und Nierenfunktion 113.
— Die physiko-chemische Nierendiagnostik vor der Operation durch den Ureterkatheterismus 271.
Tappeiner 560.
Tansard und Balzer, Behandlung der Blennorrhoe mit einer Kombination von Silbernitrat und Zink 87.
Tarnowsky 204. 266.
Taylor 383. 397.
—, J. Madison 137.
—, R. W., Ein Beitrag zur Frage von der hereditären Syphilis 115.
— Syphilis und Massage 115.
Tefik und Ibrahim, Beitrag zur Frage des Urobilins 359.
Terazawa, J., Über die Serodiagnostik bei Syphilis 120.
—, T., Über Syphilide 121
Terni, Camillo, Beitrag zum Studium der Blattern und der Vaccine und anderer ähnlicher Krankheiten 134.
Terebinsky, Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie 62.
— Erythrodermie congénitale ichthyosiforme Brocq 204.
— Über den Mechanismus der Hautatrophie 206.
— 204.
Terzaghi, R., Heilung eines Epithelioms der Lippen durch Röntgenstrahlen 43.
Thaon 496.
Thémiers 314.
Theodor, F., Morbus caeruleus (Blausucht) bedingt durch eine grofse Reihe angeborener Anomalien des Herzens und anderer Organe 508.
Thibierge, Nachruf auf E. Besnier 171.
— 218. 249. 251. 252. 256. 295. 305.
—, Georges, und Gastinel, Pierre, Erythema induratum Bazin und Tuberkulineinspritzung 67.
Thiersch 48. 52. 172.
Thin 236. 238.
Thomas 306.
Thompson, Ashburton 318. 327. 398.
Thomson, Seborrhoea psoriasiformis 24.
— Syphilis tuberosa 24.
—, R. S., und Brownlee, John, Die initialen Erytheme der Pocken 135.
Thorn 384. 398.
Thrush, Clayton 137.
Thumin, Hämaturie bei Frauen 358.
Thunnin, Hämangiome der Harnblase 500.

Tikanadze, Zur Frage der chirurgischen Intervention bei Schufsverletzungen der Harnblase 501.
Tischler, Erworbene Elephantiasis 89.
Tissot, Robert, Die therapeutische Entgiftung des Blutes. Ihre Verwendung in der Behandlung mehrerer Krankheiten, besonders der Anämien 419.
Tizzoni 511.
Török, L., Erklärung der sogenannten physiologischen Albuminurie 77.
— 77. 237. 238. 354. 355. 417. 523. 530. 531.
— und Vass, B., Die Anwendung der Wassermannschen Reaktion in der Syphilisdiagnosis 229.
Toff, E., Referate 82. 92. 93. 279. 281. 369. 379. 418. 468.
Tomarkin 137.
Tomaschewitsch 363.
Tomasczewski, Kaninchen mit Primäraffekten am Präputium 60.
— 162.
Tomkinson, J. Goodwin, Radium in der Dermatologie 422.
Tommasoli 7. 9. 12. 22. 236. 238. 264.
Tonkin 316. 317.
Tóth, Charlotte, Dermatitis herpetiformis Duhring 130.
Touton 161.
Trautwein, Über den Einflufs des Fibrolysins auf die Beseitigung von Harnröhrenstrikturen 119.
Troisfontaines, Abscefs des Unterschenkels, Incision, Umbildung der Schnittwunde in eine typische tertiäre Ulceration 462.
Troisier, Jean, und Chauffard, A., Erythema nodosum und Tuberkulose 182.
Truchi 305.
Truffi, Über Botryomykosis des Menschen 173.
Trawinski, Heinrich, Zur Kenntnis des disseminierten Spontankeloids 208.
Tschiknawerow, Die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis, Scharlach und Malaria 421.
— 343.
Tschernogubow 122. 243.
—, N. A., Ein vereinfachtes Verfahren der Serumdiagnose bei Syphilis 188.
Tschiftiew, Beobachtungen über die Vaccineschutzimpfungen gegen Scharlach 554.
Tschlenow 382. 384. 385. 386. 387. 390. 394. 398.
Tschudi 85.
Tschumakow, Albuminurie bei Scabies 26.
— Die Behandlung der Bubonen, infolge von weichen Schankern, nach Bier 174.
Tsuchiya 76.
—, J. 373.
Tsutsui, H., Über die Sarcoma cutis 120.
Türk 5.
Türkheim, Referate 67. 68. 172. 222. 457.
—, J. 203.
Turner, A. C., Verschwinden von paroxysmalen Attacken von Tachykardien nach Ausbruch von Herpes Zoster 516.
Turzanski, Grzegorz, Über die Syphilisbehandlung in Iwonicz 410.
Tuszek, F. 179.

Uhle, Alexander A., u. Mackinney, William H., Originelle Gedanken über Pathologie und Therapie der chronischen Blennorrhoe 84.
Uhlenhuth 159. 446.
— und Mulzer, Hodenimpfungen mit Syphilis an Kaninchen 61.
Ulbrich 314.
Ullmann, Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea 166.
— Schwielengumma 166.
— Tabes, Tuberkulinkur 166.
— Mykosis flexurarum 449.
— Pityriasis rosea 449. 450.
— Tuberculosis verrucosa ad anum 450.
— 162 163. 166. 354. 444. 446. 450. 451.
—, Karl, Der anatomisch-klinische Begriff der Arteriosklerose in seinen Beziehungen zu gewissen Hautveränderungen 416.
—, R., Über ein gutes Adjuvans bei der Behandlung der Cystitis 71.
Ultzmann 87.
Unna, P. G., Akne 33.
— Über Verhornung 355.
— 22. 33. 38. 56. 57. 58. 59. 101. 141. 146. 147 148. 149. 150. 151. 152. 153. 155. 157. 158. 181. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 198. 199. 201. 202. 204. 205. 212. 237. 238. 245. 247. 248. 294. 297. 304. 305. 327. 330. 354. 363. 364. 383. 384. 385. 393. 394. 395. 396. 398. 428. 429. 444. 447. 448. 504. 524. 526. 527. 528. 531.
*— und Golodetz, L., Zur Chemie der Haut, IV. Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen 95.
Unterberg, Der praktische Wert der funktionellen Nierenuntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen der Nieren 359.

Varney, Henry Rockwell, Allgemeine Aktinomykosis mit Bericht über einen Fall 217.
Vas, B., Physiologische und orthostatische Albuminurie 77.

